This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STANFORD
2 45 01163 5586

MOTT MEMORIAL LIBRARY MED. & SURG.

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE

PAR

PH.-J. ROUX,

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES ET DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC., ETC.

TOME PREMIER.

CHIRURGIE RÉPARATRICE.

PARIS,
LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

MDCCCLIV.

GAZETTE HEBDOMADAIRE

DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

...tale quand elle s'aventure dans la science étrangère; elle analyse ... de la société médicale allemande ont voyagé dans les différentes parties de l'Europe. Il n'est, pour ainsi dire, aucune école de

...tacher le bulletin ci-dessous, en remplir les blancs, indiquer bien lisiblement le nom et l'adresse, plier et jeter à la poste.

...déclare m'abonner à la **Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie**

à partir du 1er du mois de

...se à faire sur moi, pour prix de cet abonnement, un mandat de

... de ce jour.

provenant de sources aussi diverses.

» D'une part, chaque nouveau récipiendaire paie sa bienvenue en faisant à la société des communications originales, ou, ce qui vaut mieux encore, en lui faisant part des idées, des doctrines, des recherches récentes et importantes dont il a pris connaissance dans l'Université où il a fait ses études, ou dans celles qu'il a visitées ensuite.

» D'autre part, en échange du tribut qu'il apporte, ses nouveaux collègues lui fournissent les informations et les éclaircissements propres à diriger ses études et ses travaux pendant le temps de son séjour à Paris. »

Nous trouvons encore, pour notre œuvre de diffusion scientifique, de précieux avantages dans l'honneur que nous a fait la *Société d'hydrologie de Paris*, de nous confier aussi le compte-rendu officiel de ses séances. La nature spéciale de ses travaux attire à elle des savants recommandables de toutes les parties de la France et de l'étranger ; et l'hydrologie soulève les problèmes les plus graves de physiologie pathologique et de thérapeutique appliquée.

Voilà donc un côté par lequel la GAZETTE HEBDOMADAIRE essaie de se caractériser au sein de la presse médicale. Il en est un autre, non moins important, et qui se lie étroitement au premier. Nous le disions tout à l'heure, la science est entrée dans des voies nouvelles, et pour l'y suivre complétement, il ne faut pas se confiner dans un seul pays. Or, un de ces progrès consiste dans l'application des connaissances physiques et chimiques à la médecine. A cet

[illegible]

BECLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; BOULEY, professeur de clinique médicale à l'école vétérinaire d'Alfort ; P. BROCA, également professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux; P. DIDAY, ex-chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon; GOUBAUX, professeur d'anatomie à l'école vétérinaire d'Alfort ; JACQUEMIER, auteur du *Manuel des accouchements*; LEUDET, auteur de travaux importants sur la médecine interne et l'anatomie pathologique ; LOISEAU, ancien interne des hôpitaux de Paris ; VERDEIL, auteur, en collaboration avec M. Robin, du *Traité de chimie organique et physiologique*.

Le journal, dont le présent prospectus offre un spécimen sous le rapport du format, de l'exécution typographique et de la qualité du papier, contient régulièrement par numéro 32 colonnes in-4°. En outre, il est donné environ six suppléments de 16 colonnes par an. La collection d'une année formera donc un beau volume de 900 pages, d'une dimension commode pour les bibliothèques.

Le cadre de chaque numéro est ainsi distribué: 1° *Premier Paris*, sur les questions d'actualité ; 2° Deux *Travaux originaux* ; 3° *Académies et Sociétés savantes*; 4° *Revue des journaux français et étrangers*; 5° *Bulletin des journaux et des livres*, donnant le titre de tous les travaux contenus dans les journaux reçus au bureau et celui des principaux ouvrages publiés en France et à l'étranger ; 6° *Feuilleton*,

[illegible] consacré à la philosophie et à la littérature médicales. En outre,

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Migne

Monsieur le professeur S. Mott
à New-York. Hommage de l'auteur

MOTT MEMORIAL LIBRARY MED. & SURG.

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE

PAR

PH.-J. ROUX,

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU,
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES, DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE
ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS,
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

TOME PREMIER.

CHIRURGIE RÉPARATRICE.

PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

MDCCCLIV.

42

M31
R87
1854
v.1
cop. 2

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR.

La composition des quatre volumes de cet ouvrage était déjà achevée, et l'impression du premier était presque terminée, lorsque la mort de M. le professeur Roux est venue en interrompre la publication.

Pour rendre un dernier hommage à la mémoire de cet illustre chirurgien, et pour sauver de l'oubli les précieux résultats de sa vaste expérience, la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 26 avril, a décidé, sur la proposition de M. Larrey, qu'une commission de cinq membres ferait des démarches auprès de la famille du défunt pour faire continuer cette publication interrompue, et lui proposerait même, au besoin, d'en surveiller l'exécution.

Cette proposition a été acceptée avec empressement. La commission s'est immédiatement mise en rapport avec l'éditeur.

Les manuscrits de M. Roux lui ont été remis, ainsi que les feuilles déjà imprimées, et la publication a été reprise aussitôt.

La commission est composée de MM. Danyau, Lenoir, Larrey, Gosselin et Broca. Elle a jugé utile, pour rendre la publication plus rapide et plus homogène, de confier à une seule personne les soins matériels de l'impression, la révision des épreuves, la mise en ordre et la vérification des manuscrits. M. Broca a bien voulu se charger de cette tâche.

84627

Le premier volume, que nous donnons aujourd'hui, était tiré jusqu'à la seizième feuille inclusivement lorsque M. Roux a ressenti la première atteinte de sa maladie. Depuis lors, pendant les quelques semaines qui ont précédé sa mort, il a corrigé les quatre feuilles suivantes. Mais ces corrections, écrites d'une main tremblante par un homme gravement malade, n'ont pas été suffisantes, et il a été nécessaire d'en ajouter un grand nombre. A partir de la feuille 21, la publication a été faite entièrement sous les auspices de la commission.

PRÉFACE.

Si les circonstances le permettent, si quelques années de vie me sont encore réservées, et si ma santé n'éprouve aucune de ces atteintes qui paralysent les meilleures dispositions au travail, les quelques volumes que je fais paraître aujourd'hui seront suivis de plusieurs autres. J'entrevois, je sais à peu près, mais je ne puis dire exactement quelle sera l'étendue de cette seconde partie de la tâche que je me suis imposée. Si j'arrive au terme, mon œuvre sera le résumé de tout ce que j'ai pu voir, observer, recueillir, et faire dans ma vie chirurgicale. Je voudrais pouvoir dire qu'elle a été brillante et féconde en choses neuves et importantes. Mais, s'il n'en a pas été ainsi, du moins a-t-elle été bien occupée et bien remplie; et dès longtemps j'ai conçu le projet de mettre en œuvre et d'utiliser, dans l'intérêt de la science, les faits si multipliés qui ont passé sous mes yeux. Dans une carrière où l'observation est une source inépuisable de nouvelles lumières et ajoute sans cesse à la somme des connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent; c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité, et que celle-ci a le droit de réclamer. Cela est vrai pour la médecine, et plus encore peut-

être pour la chirurgie, qui n'est, à bien prendre, qu'une branche de cette dernière.

Cette obligation que j'avais prise avec moi-même, j'aurais commencé bien plus tôt à l'accomplir et peut-être serais-je déjà arrivé au terme que j'avais entrevu, si ma seule volonté eût suffi. Mais que d'événements dans la vie de chaque homme peuvent ne lui laisser que le temps et le courage nécessaires pour l'accomplissement des devoirs les plus rigoureux ! Que d'empêchements peuvent naître pour lui à la continuation de travaux entrepris avec ardeur, à l'accomplissement de projets conçus même avec amour ! A plusieurs reprises, depuis dix ou douze ans, je me suis trouvé dans les dispositions d'esprit les moins favorables à un travail de longue haleine, et j'ai dû, pour certaines parties de l'ouvrage qu'on va lire, abandonner momentanément des matériaux dont l'élaboration ét plus ou moins avancée, ou touchait presque à son ter J'ai à former le vœu que, si souvent interrompu, et quelquefois au milieu de préoccupations pénibles ouvrage conserve quelque chose de l'intérêt que j' voulu lui donner.

Par des raisons analogues à celles qui en ont r publication, j'ai, dans un autre temps, laissé inach *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, dor lumes seulement ont paru en 1814. Deux autr qui devaient compléter l'ouvrage ont été com ment pendant le cours des tristes événement et durant les premières périodes d'une n moins d'une indisposition grave qui a années ; nonobstant ces causes de retard

tion de ce travail principal, peut-être aurais-je pu le livrer à l'impression en temps convenable, si je n'avais pas dû céder à des exigences du moment, et me livrer à certains travaux dont la publication me semblait aussi opportune qu'elle était urgente, tels qu'ont été les relations de mon voyage à Londres en 1814, mon Mémoire sur la réunion immédiate des plaies après l'amputation des membres, mon premier travail, si nouveau, sur la staphylorraphie, etc. Quand vint le moment où j'aurais dû poursuivre la publication des *Nouveaux éléments de médecine opératoire*, mon œuvre écrite avait un peu vieilli; pour qu'elle parût au niveau de l'état de la science, à cette époque, j'aurais eu à y faire de trop grands changements : il m'aurait fallu détruire presque entièrement et composer un nouveau travail. Je n'en ai pas eu le courage.

Avec le temps aussi, je m'étais senti moins de goût pour la composition d'un ouvrage didactique de longue haleine. Alors même que la matière intéresse, combien le travail que les ouvrages de ce genre exigent est fastidieux! Pour remplir le cadre qu'on s'est tracé, dans quels détails oiseux ne faut-il pas entrer! Combien de parties ne peuvent être que la répétition ou la reproduction plus ou moins bien déguisée de ce qu'on trouve dans les ouvrages du même genre qui ont précédé! A peine quelques parties comportent-elles une physionomie qui plaise, et se prêtent-elles à revêtir un certain caractère de nouveauté. Et que de circonstances peuvent faire que, pour la chirurgie comme pour la médecine, pour celle-ci comme pour la première, deux sciences sujettes à tant de changements, qui subissent quelquefois des révolutions et qui sont d'ail-

leurs susceptibles de tant de progrès réels, un long ouvrage qui embrasse l'une ou l'autre dans son ensemble, ou seulement quelqu'une de leurs grandes divisions, que de circonstances peuvent faire, dis-je, pour qu'un tel ouvrage ne puisse pas être terminé! J'ai admiré et j'admire toujours Boyer, d'avoir pu mener à fin son Traité de chirurgie, même avec les lacunes nombreuses qu'il y a laissées. Oui, sans doute, nos traités généraux ou didactiques témoignent plus ou moins de l'intelligence, de l'habileté, du savoir des hommes auxquels ils sont dus. Oui, sans doute, ils sont utiles aux générations du temps qui les voit apparaître; celles qui suivent peuvent aussi en profiter, et je me garde bien de les dédaigner. J'ai peine à me défendre, au contraire, d'un certain éloignement pour ces traités didactiques en miniature connus sous le nom de *Manuels*, véritables embryons scientifiques qui sont tant du goût des jeunes adeptes de la science, et qui sont si peu favorables à une instruction solide. Mais de ces traités généraux proprement dits, de ceux-là même qui sont le plus empreints du cachet de l'expérience et de la bonne observation, combien peu sont durables! Combien facilement ou promptement ils vieillissent! Combien souvent faut-il que les moins anciens soient remplacés par d'autres! Et chaque enfantement nouveau n'est-il pas expliqué et justifié par cette formule, si banale et si prodiguée pour les ouvrages périodiques, scientifiques ou autres, que le besoin s'en fait généralement sentir!

Ce n'est donc pas le complément tardif de mon *Traité de médecine opératoire* que je livre à la publicité. Telle que je l'ai rédigée dans le temps et que je la conserve

Il me serait difficile de traiter de la même manière tous les points sur lesquels je voudrais pouvoir exposer les résultats de mon expérience. Mais quand j'aurai à peu près épuisé ce que j'appellerai, si l'on veut, mes sujets de prédilection, ou parce qu'en effet j'ai trouvé un plus grand bonheur à les étudier, ou parce que je suis plus que pour d'autres riche en observations qui s'y rapportent, il me restera à jeter un coup d'œil rapide sur tout ce dont je ne me serai pas d'abord occupé spécialement. Ainsi ferai-je pour apporter, s'il se peut, sur chaque chose, de nouvelles lumières à celles que la science possède déjà.

Je n'ai pas dû m'assujettir, au moins pour la succession des objets que je veux traiter, à un ordre méthodique. Je n'ai suivi d'autre règle que celle qui m'était dictée par ma convenance, par la direction de mes pensées, ou par l'impulsion que mon esprit a dû recevoir des circ stances. En conséquence de cela, je me suis d'ab occupé des choses qui m'appartiennent plus particul ment, sur lesquelles j'ai pu recueillir le plus de f répandre quelque lumière, à l'histoire desquelles mo restera peut-être attaché, et que j'aurais le plus r de ne pas avoir élaborées s'il arrivait que mon er fût arrêtée dans son cours. C'est ainsi que j'ai so d'abord à résumer ma pratique sur ce que j'ai a puis longtemps la *chirurgie restauratrice* ou *ré* c'est-à-dire sur les autoplasties de tout genre ; je me suis occupé des résections, puis des anévr plutôt de tout ce qui a trait aux maladies des à leur thérapeutique, voulant ainsi grouper de

ont entre eux quelque connexité, comme je l'ai fait pour les objets si divers qu'embrasse la chirurgie réparatrice. Sont venues ensuite les tumeurs, etc.

Tout d'abord aussi, et en même temps que je commençais à m'occuper d'objets spéciaux tels que ceux que je viens d'indiquer, ma pensée s'est dirigée vers trois sujets généraux d'un grand intérêt au point de vue pratique, qui ne me semblent pas avoir encore été suffisamment élucidés : du moins ai-je cru pouvoir les éclairer d'un nouveau jour à l'aide de faits qu'il m'eût été difficile peut-être de caser convenablement ailleurs. N'est-il pas vrai que nos livres laissent encore beaucoup à désirer en ce qui concerne l'*incertitude du diagnostic* dans beaucoup de maladies chirurgicales, incertitude d'où peuvent résulter tant de méprises, tant d'erreurs susceptibles elles-mêmes des plus fâcheuses conséquences ?

N'est-il pas vrai encore que, malgré leur fréquence, certains *accidents immédiats des opérations* que j'appellerai communs ou généraux, parce qu'ils peuvent survenir dans toutes les opérations, n'ont pas été soumis à une étude approfondie, et n'ont pas été décrits avec tout le soin convenable? N'est-il pas vrai enfin que la même lacune existe à l'égard des *accidents secondaires ou consécutifs*, et que ceux-ci ne méritent pas moins que les premiers d'être l'objet d'une étude particulière? Sans doute, quelques travaux existent déjà sur ces points importants de doctrine et de pratique chirurgicale. J'en connais deux surtout, que j'ai même provoqués en présentant moi-même ou en indiquant les sujets auxquels ils se rapportent comme matières de dissertations dans des concours solennels :

c'est le travail d'A. Bérard sur les erreurs et les incertitudes du diagnostic dans les maladies chirurgicales; c'est celui de Blandin sur les accidents qui peuvent compliquer les opérations; mais ni l'un ni l'autre de ces deux hommes, trop tôt enlevés à la chirurgie et si justement regrettés, n'a pu faire concourir à son œuvre les fruits d'une grande expérience, et y faire servir beaucoup de faits qui lui fussent propres. Chacun d'eux, tout en traitant d'une manière remarquable le sujet qui lui était échu en partage, y a laissé place pour des recherches ultérieures basées sur de nouvelles observations.

Eh bien! ce sont ces trois sujets généraux que j'ai songé à reprendre, en les faisant servir de cadre à de nombreux faits pratiques qui eussent peut-être été moins bien placés partout ailleurs. J'aurais voulu faire de chacun d'eux le sujet d'une introduction particulière pour chacun de mes trois premiers volumes. Mais je ne suis pas encore en mesure d'accomplir entièrement ce projet. J'ai pourtant terminé depuis longtemps trois articles complets : 1° sur les difficultés ou les erreurs de diagnostic dans les maladies chirurgicales; 2° sur les accidents qui peuvent survenir pendant l'exécution même des opérations; 3° sur les accidents consécutifs des opérations. J'espérais que ces trois compositions pourraient faire partie de cet ouvrage; mais deux d'entre elles m'ont paru, sinon mal élaborées, du moins susceptibles de développements nouveaux. Je me réserve de les retoucher plus tard, et, pour le moment, je me borne à placer en tête du troisième volume un article sur les *accidents primitifs ou immédiats de*

Quant aux deux autres sujets, peut-être aurais-je dû me hâter d'y faire tous les changements qui me semblaient nécessaires, d'y ajouter tous les faits nouveaux que j'ai recueillis, de les grouper, de les réunir, d'en faire pour ainsi dire le frontispice général de mon livre. Et comme l'un d'eux particulièrement, celui qui est relatif aux erreurs de diagnostic, contient le récit de faits dont la publication exige de ma part une abnégation complète de tout amour-propre, j'aurais bien fait augurer tout d'abord de ma franchise et de ma véracité. On aurait pu croire, et je me plais à espérer qu'il en sera ainsi, à ma sincérite en tout et pour toute chose, mon premier soin étant de mettre au grand jour les erreurs, les fautes que j'ai pu commettre, et jusqu'aux malheurs que j'ai pu avoir à me reprocher. A défaut d'un plus grand mérite, c'est quelque chose d'imiter l'austère probité scientifique de J.-L. Petit, de Pott et de quelques autres chirurgiens, en trop petit nombre, dont la gloire est justement acquise et doit être durable, parce qu'ils ont su mettre au-dessus de toute considération les intérêts de la science et de la vérité. Puissé-je au moins, sous ce dernier rapport, occuper une place honorable à côté de ces hommes d'élite dans l'estime et le souvenir de ceux qui viendront après moi. Ç'a été la pensée et le vœu de toute ma vie, le mobile et le principe d'un grand nombre de mes actions; j'aurais été malheureux si je n'avais pas été libre de faire tout ce qui pouvait dépendre de moi pour atteindre ce but.

Si par l'ouvrage dont on va lire les premiers volumes, et que je désire tant poursuivre de la manière et jusqu'aux limites que je me suis tracées, j'ajoute quelque chose à

l'édifice ou je puis contribuer pour une petite part à l'agrandissement de la science et de l'art qui ont fait le charme de ma vie, combien ne devrai-je pas me féliciter des heureuses circonstances que le sort m'avait réservées ! et combien ne dois-je pas déjà remercier la Providence de m'avoir accordé une longue carrière, durant laquelle j'ai pu faire marcher de front une pratique particulière des plus étendues et d'importantes fonctions publiques ; carrière que j'ai parcourue en ayant pour théâtres de mes observations, pour sources de mon expérience, successivement les deux hôpitaux les plus considérables de Paris, la Charité d'abord pendant un peu plus de vingt ans, l'Hôtel-Dieu, ensuite, pendant une durée à peu près égale. J'ose à peine rappeler que mes débuts dans la pratique chirurgicale ont eu lieu dans un autre hôpital, l'hôpital Beaujon, qui, de très petit établissement qu'il était alors, est devenu, avec le temps, par l'agrandissement qu'il a subi, et par le mérite des hommes qu'on a vu s'y succéder pour le service chirurgical, un des premiers hôpitaux de Paris.

Et que de choses ont été soumises à mon observation, soit à l'hôpital de la Charité, vers lequel mes souvenirs se reportent incessamment, soit à l'Hôtel-Dieu, où j'occupe encore le grand service de la clinique chirurgicale,—pendant ces deux périodes entre lesquelles se partage à peu près également ma vie de praticien ! Quelle mine riche et féconde ont été pour moi ces deux hôpitaux, plus peut-être encore la Charité que l'Hôtel-Dieu, et dans un temps surtout où les hommes capables dans notre art étaient en petit nombre, où le talent n'était pas aussi répandu qu'il l'est

maintenant, où les hôpitaux étaient moins multipliés, où il n'y avait pas autant de services différents, indépendants les uns des autres, où d'ailleurs certaines spécialités chirurgicales anciennes avaient disparu momentanément, où tant d'autres qui sont venues s'y joindre n'avaient point encore pris naissance, où enfin le champ de la chirurgie n'était pas encore émietté et morcelé, où il conservait toute sa généralité, toute sa grandeur ! Beau temps qui ne renaîtra peut-être jamais ! Que de faits ou importants, ou rares, ou curieux, ou graves, ont ainsi passé sous mes yeux ! que d'événements remarquables, chirurgicalement parlant, se sont accomplis en ma présence ! La chirurgie, je le pense, je l'espère, je le désire, fera de nouveaux progrès. Non, l'édifice de la science n'est point encore achevé, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites, et il recevra sans cesse de nouveaux perfectionnements ; j'en ai pour garant le zèle qui anime certains travailleurs de l'époque présente : on peut attendre beaucoup de cet esprit de recherche et de cet amour pour le progrès qui inspirent la plupart des jeunes chirurgiens de notre époque ; mais il est douteux qu'à Paris, là où elle a toujours brillé d'un si grand éclat, la chirurgie reprenne jamais le caractère d'élévation et de grandeur qu'elle a présenté pendant les trente premières années du siècle où nous vivons.

Tout pénétré que j'étais du caractère que j'avais voulu imprimer à mon travail, et de l'esprit dans lequel il a été entrepris, j'ai longtemps cherché le meilleur titre à lui donner, et la forme sous laquelle il convenait le mieux de le rédiger. Après bien des hésitations, j'ai enfin adopté la

dénomination, assez singulière peut-être, mais très significative, sous laquelle il va paraître : *Quarante années de pratique chirurgicale.* On pourra critiquer ce titre ; je n'en connais guère d'analogues qui aient été consacrés pour des ouvrages de science. Mais qu'importe, s'il est bien en harmonie ou en rapport avec le sujet ; s'il exprime bien, et la situation toute spéciale, ou du moins peu commune dans laquelle je me suis trouvé, et mon désir de déposer dans les annales de la science, sinon tous, au moins les résultats les plus curieux, les plus importants d'une pratique étendue?

D'autres titres tels que ceux-ci : *Fascicules de chirurgie*, *Clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité et de l'Hôtel-Dieu*, eussent été peut-être aussi convenables et à peu près également appropriés au caractère de l'ouvrage. Mais le premier rappelle trop une formule déjà employée pour des travaux d'érudition qui appartiennent particulièrement à la littérature et à l'histoire. Le second a déjà été employé, été donné tant de fois et sans signif cation précise pour des ouvrages assez différents de ractère, qu'il est devenu banal ; on en a vraiment ab Pour qu'il convînt et fût juste, maintenant que pre partout, dans presque tous nos hôpitaux, on comp sieurs médecins ou chirurgiens indépendants les u autres dans l'exercice de leurs fonctions, il faudr l'ouvrage fût celui de tous les hommes pratiquant même hôpital.

Après quelque hésitation aussi, au risque d' quelque blâme, peut-être d'être moins clair que j pu l'être en suivant les lois communes et en

mode le plus ordinaire de composition des ouvrages de science, j'ai adopté la forme épistolaire. Dès avant Morgagni, mais depuis lui surtout, quelques auteurs ont déjà choisi ce mode de narration, par lequel un récit quelconque semble plus animé qu'il ne le serait autrement, qui permet l'abandon, qui rend les transitions plus faciles, en même temps qu'il semble donner à l'expression des pensées plus de vie et d'animation, et par lequel enfin on peut plus facilement éviter les formes trop didactiques et les détails oiseux. J'ai cru pouvoir suivre de tels exemples, sans m'éloigner pour cela du but principal que je me suis proposé. Qu'on ne croie pas cependant qu'en prenant cette résolution, tout ait été de ma part fiction pure et simple artifice de composition. Non. Je connais plus ou moins particulièrement presque tous les hommes qui sont considérés à juste titre comme les illustrations de la chirurgie étrangère; j'ai entretenu avec eux d'agréables relations confraternelles; quelques-uns m'ont accordé une amitié qui m'honore et dont je suis fier. Le même sentiment, joint à une profonde estime, m'anime à leur égard; et parmi eux, il en est quelques-uns surtout pour lesquels je ne puis me défendre de la plus vive sympathie : tel M. le professeur Chélius, de Heidelberg, tel M. Lawrence, de l'hôpital Saint-Barthélemy, à Londres; tel M. Valentin Mott, de New-York; tel aussi M. Riberi, de Turin. Eh bien! j'ai pu supposer que je conversais avec chacun d'eux. J'ai trouvé du charme à traiter chacune des parties de mon travail comme s'ils devaient en avoir les premiers connaissance, ou comme si je les composais pour eux particulièrement; et je me suis complu dans la pensée qu'ils agréeraient mon hom-

mage, mon subterfuge n'ayant rien qui pût leur déplaire, et dans la pensée aussi qu'en me rapprochant ainsi de ces hommes célèbres, je pourrais attirer sur mon nom quelque chose de l'éclat du leur. Faut-il que je le dise : L'un d'eux, que par courtoisie ou par égard pour les autres je ne veux pas désigner personnellement, connaît depuis longtemps mon projet ; je le lui avais communiqué, et primitivement c'est à lui seul que mes lettres devaient être adressées : il a une trop grande délicatesse de cœur et trop d'élévation dans les sentiments pour ne pas comprendre l'obligation où j'ai cru être de distribuer ou de partager comme je l'ai fait, entre plusieurs des notabilités de la science, le faible hommage de mon attachement et de ma profonde estime.

Si les convenances l'eussent permis, j'aurais été heureux d'adresser une partie de cet hommage à quelques uns des hommes au milieu desquels je vis, et qui contribuent à l'illustration de la chirurgie française. Je n'aurais éprouvé en cela que l'embarras du choix, car j'ai eu le bonheur de me concilier l'estime et l'affection de presque tous les chirurgiens français de notre époque.

Décembre 1853.

A

WILLIAM LAWRENCE

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL SAINT-BARTHÉLEMY

A LONDRES

QUARANTE ANNÉES

DE

PRATIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIE RÉPARATRICE.

LETTRE PREMIÈRE.

GÉNÉRALITÉS.

Ne pensez-vous pas comme moi, mon cher Lawrence, que, dans aucune partie de son vaste domaine, la chirurgie n'a fait, depuis le commencement de ce siècle, plus de progrès réels, ne s'est enrichie de plus de véritables perfectionnements que dans ce qui concerne la réparation des difformités? Par ce que nous faisons maintenant, à quelle distance ne sommes-nous pas, en effet, de ce qu'on faisait il y a seulement trente ou quarante ans! Combien de vices originels de conformation, autrefois considérés comme irrémédiables, contre lesquels la chirurgie moderne a créé des ressources inespérées! Combien plus encore peut-être de difformités, de mutilations accidentelles, qu'on croyait marquées au coin de l'incurabilité, et que, par des moyens nouvellement institués, nous

faisons disparaître complétement? C'est presque un art nouveau que celui de restaurer, de reconstituer, de refaire tout ou partie d'un organe mal configuré, ou qui manque, soit en partie, soit en totalité : du moins est-il certain que la chirurgie a pris sous ce rapport une extension qu'il n'était guère possible de prévoir, et qui étonnerait nos devanciers s'ils pouvaient en être témoins. Il a fallu un nom pour désigner à la fois, et l'ensemble de choses si diverses dans lesquelles la chirurgie intervient de cette manière, et le but même auquel elle vise, et le caractère propre des moyens dont elle fait usage. Tout cela constitue ce que j'ai appelé depuis assez longtemps déjà la *chirurgie réparatrice* ou *restauratrice*. Strictement on pourrait y comprendre l'orthopédie, qui a pour objet spécial le traitement des difformités dans lesquelles l'appareil osseux est affecté ou primitivement ou secondairement, et pour but le redressement des déviations, des incurvations, des attitudes vicieuses de quelqu'une d parties de la charpente animale.

Mais même en restreignant la chirurgie restaurat aux seules difformités des parties molles, on peut qu'elle touche encore à l'orthopédie. N'est-il pas, e certaines dispositions vicieuses des parties m entraînent à leur suite telle ou telle autre déform déviation d'une partie du squelette? et parmi les di que l'orthopédie comprend dans son domaine pr est pour lesquelles il faut s'occuper en premi l'état anormal des parties molles, et détruire cet s'il existait seul, pour remédier ensuite à celu osseuses. Le plus ordinairement ce sont d

vicieuses qui, à raison de leur étendue, à cause de leur rigidité, occasionnent telle ou telle autre disposition contre nature d'un ou de plusieurs os. Ainsi a-t-on vu de grandes cicatrices de la partie antérieure du cou, notamment des cicatrices consécutives à des brûlures, entraîner en bas la mâchoire inférieure, et maintenir cet os dans un état permanent de séparation d'avec la mâchoire supérieure. De semblables cicatrices, mais situées sur l'un des côtés du cou, n'ont-elles pas été vues accompagnant un torticolis avec déviation ou déformation réelle de la colonne épinière dans la région cervicale, déformation dont elles avaient été la cause déterminante? Pareille coïncidence d'une difformité dans les parties molles et d'une déviation de l'épine, qui serait l'effet de la première, est beaucoup plus rare au tronc, et pourtant on l'y a observée : les cicatrices avaient leur siége à l'abdomen. De plusieurs faits de ce genre qui ont passé sous mes yeux, il en est un dont j'ai tenu note, et qui m'a paru assez singulier; le voici :

Une demoiselle appartenant à une famille riche était parvenue à l'époque de la puberté, ou plutôt elle touchait à l'âge où ses parents auraient pu songer à l'établir : ils y songeaient en effet; elle-même était disposée à écouter leurs vœux. Et pourtant elle avait pour désavantage physique très apparent une gibbosité directe de l'épine au bas de la région dorsale, qui la forçait à tenir son corps porté en avant, et la faisait paraître d'une taille peu élevée. Cette incurvation de l'épine avait commencé à se former consécutivement à une brûlure très étendue et assez profonde des parois abdominales et de la partie an-

térieure des cuisses, que la jeune personne avait éprouvée dans son enfance. Bien que les téguments des parois de la poitrine eussent prêté beaucoup, car les seins avaient été un peu entraînés en bas; bien aussi, sans doute, que la peau des cuisses se fût allongée pendant la guérison et pour la guérison même de cette brûlure, il ne s'en était pas moins fait une cicatrice ferme, bridée, tendue, mobile cependant sur les muscles abdominaux, qui, tirant incessamment sur la partie antérieure de la poitrine, avait fait naître la gibbosité. Il serait peut-être plus exact de dire, si toutefois la brûlure n'a pas existé sous la forme d'une escarre comprenant la peau dans toute son épaisseur, que celle-ci s'était rétractée, et que le derme s'était hypertrophié et induré. Cette cicatrice formait au bas de l'abdomen un pli transversal, qui tenait par ses extrémités aux régions inguinales, et cachait la vulve. N'était que le mont de Vénus était mal dessiné, comme bien vous pensez, ou plutôt existait à peine, il n'y avait rien de changé, rien de vicieux dans la conformation des parties extérieures de la génération : ces parties avaient échappé à la brûlure. Probablement les organes génitaux intérieurs n'étaient pas moins bien disposés; car la jeune personne avait été réglée de bonne heure, et chez elle la menstruation s'était faite sans interruption aucun
On me l'avait présentée en me priant de faire un exan
attentif de tout son être. J'étais consulté par ses parc
sur la question de savoir si, à raison de son infir
elle devait être considérée comme impropre au mar
soit parce que, de sa part, l'acte conjugal serait
impossible, soit parce qu'un état de grossesse pou

compromettre son existence. On ne pouvait pas ne pas avoir quelques craintes sous ce dernier rapport; il me sembla que les parois de l'abdomen ne pourraient que bien difficilement, ou ne pourraient même pas éprouver tout le développement nécessaire à une gestation complète, ce qui exposerait cette jeune personne, devenue femme, au moins à des avortements. Je pensai donc qu'il était prudent qu'on ne songeât pas à l'engager dans les liens du mariage.

Et dans les membres, que de changements, soit dans les os eux-mêmes, soit et plus particulièrement encore dans les articulations, sont liés à quelque disposition contre nature des parties molles, en proviennent, en dépendent, et présentent comme un état complexe contre lequel il y a à faire concourir, et les moyens propres à la chirurgie restauratrice des parties molles, et les secours orthopédiques! C'est la flexion permanente, et à un degré plus ou moins considérable, de l'avant-bras sur le bras, ou de la jambe sur la cuisse, entretenue par des cicatrices en forme de brides au pli du bras, ou dans la région poplitée; c'est le renversement d'un ou de plusieurs doigts, ou de tous même, sur la région dorsale de la main, et quelquefois de la main elle-même sur la face postérieure de l'avant-bras, également par des cicatrices étroites et difformes; c'est le retrait et l'immobilité des mêmes parties, et sous l'influence de la même cause, dans le sens de la flexion. Ce sont au pied, mais bien plus rarement qu'à la main, il est vrai, les mêmes déformations, les mêmes déviations, les mêmes renversements, ou des orteils seulement, ou du pied en totalité, soit du côté de la région

dorsale, soit dans le sens de la région plantaire, consécutivement à une cicatrisation défectueuse de plaies très étendues ou de brûlures.

Mais je mets en dehors ce qui concerne spécialement l'orthopédie. Si c'est une lacune que je laisse ici, peut-être la comblerai-je plus tard. Je trouve plus convenable, mon cher ami, de me borner pour le moment à ce qui constitue la chirurgie restauratrice pure et simple. Par là j'entends celle dont les procédés s'appliquent aux conformations vicieuses dans les parties molles seulement, et qui a pour objet la réparation des difformités, ou congéniales, ou accidentelles, dont ces parties peuvent être le siége. Toutefois, de même qu'elle touche à l'orthopédie proprement dite, laquelle n'en est, à bien prendre, qu'une grande division, de même elle a des points de contact avec d'autres parties de la chirurgie en général. Et comment n'en serait-il pas ainsi? N'y a-t-il pas des maladies qui, selon le point de vue sous lequel on les considère selon les circonstances dont elles sont accompagnées encore selon leur origine, empruntent quelque chose caractère des difformités, ou qui, si je veux m'expr autrement, sont ou ne sont pas de simples diffor Cela n'est-il pas remarquable, en particulier, pour l tules? Aussi, bien que les fistules comportent l'app de méthodes de traitement très diverses, la plupa gères aux procédés de la chirurgie restauratric pourtant des cas dans lesquels il faut avoir reco derniers. Et réellement il n'y aurait point d'exa dire que, guérir une fistule, c'est en quelque so stituer en partie l'organe qui en est le siége,

fonction propre était dérangée. Cela n'est-il pas vrai particulièrement quand il faut user des ressources de l'autoplastie?

Nous la retrouvons, cette chirurgie restauratrice, dans le traitement des ulcères, dans celui des simples plaies. Quelques ulcères ne se montrent-ils pas rebelles, réfractaires aux méthodes ordinaires de traitement des affections de ce genre, à ce point qu'il faut refaire la portion détruite des téguments, ou plutôt la remplacer par une portion de peau empruntée aux parties qui environnent la solution de continuité? Et dans les plaies les plus récentes, qu'elles proviennent de nos opérations, qu'elles aient été faites par l'art, ou qu'elles soient dues à l'injure des corps extérieurs, l'œuvre la plus simple de la réunion n'est-elle pas une sorte de reconstitution, de reconfection de la partie qui a été mutilée? Et n'y a-t-il pas plus manifestement encore travail de réparation, de restauration, quand il faut préalablement changer la forme et les dispositions d'une plaie, éloigner des obstacles au rapprochement des parties divisées, combler une perte de substance plus ou moins étendue, par des emprunts faits aux parties environnantes? Et n'est-ce pas ce que, de nos jours surtout, on fait bien souvent à la suite d'un assez grand nombre d'opérations?

Mais, le vrai domaine de la chirurgie restauratrice, ce sont toutes les difformités des parties molles; et ce sont surtout celles de ces difformités qui ont le caractère de divisions, de solutions de continuité, dans lesquelles une partie déterminée du corps manque ou paraît manquer complétement ou incomplétement, soit par un vice originel de conformation, soit par un travail accidentel de des-

truction. Car, désunir les paupières adhérentes l'une à l'autre chez un enfant nouveau-né ; couper le frein de la langue, qui, parce qu'il est à la fois trop long et trop étroit, met obstacle à la succion dans les premiers temps de la vie ; détruire d'autres adhérences contre nature de la langue que quelques enfants apportent pareillement en venant au monde ; séparer les doigts quand ils sont unis entre eux par de petites membranes anormales, ou quand ils ont contracté des adhérences accidentelles ; enlever des doigts surnuméraires ; fendre le prépuce en haut ou en bas dans toute sa longueur, ou en retrancher toute la partie antérieure pour remédier à un phimosis ou congénial ou accidentel ; dans les cas d'occlusion complète du vagin par la membrane hymen, diviser cette membrane à l'époque de la puberté pour donner issue au sang des règles ; pareillement à l'époque de la puberté, ou passé cette époque, ouvrir artificiellement une voie à ce même sang des règles dans un cas d'atrésie complète ou incomplète du vagin ; parer au danger d'une imperforation de l'anus ou d'une partie du rectum, soit en divisant une membrane qui ferme l'anus, ou qui fait diaphragme à une hauteur plus ou moins considérable dans l'intérieur du rectum, soit en formant un nouvel anus à la place de l'anus naturel, soit en établissant un anus artificiel autre part que là où finissent naturellement les voies digestives, etc., etc. : ce sont bien là autant d'actes par lesquels la chirurgie répare, corrige des imperfections ou naturelles ou accidentelles de quelqu'un de nos organes, donne ou fait prendre à telle ou telle autre partie de notre corps une manière d'être différente de celle qu'elle

présentait naguère, et plus ou moins approchant de celle que la nature lui avait destinée, ou qu'elle a déjà possédée : mais dans aucun de ces cas il n'y a, à rigoureusement parler, reconfection d'une partie, restauration proprement dite.

Strictement donc, je ne vois celle-ci que lorsque la main du chirurgien refait en quelque sorte, reconstitue une partie qui manque ou paraît manquer, qui est détruite en partie ou en totalité, ou du moins paraît l'avoir été ; lorsqu'elle fait renaître cette partie qui semblait ne plus exister, ou qui n'existait plus réellement. Il se pourra cependant que plus tard il me plaise d'attirer quelques uns des derniers actes que j'ai énumérés dans le champ de la chirurgie restauratrice. Refaire l'une ou l'autre paupière détruite en partie ou affectée d'un ectropion considérable ; former un nez nouveau ; reconstituer la lèvre supérieure affectée de cette division congéniale qu'on nomme bec de lièvre ; refaire cette même lèvre supérieure ou l'inférieure, quelquefois l'une et l'autre en partie, quand elles sont le siége d'une division accidentelle, surtout d'une division ancienne avec perte de substance ; créer une joue nouvelle quand cette partie de la face est détruite dans une étendue plus ou moins considérable ; rattacher l'une à l'autre les deux parties du voile du palais disjointes dans ce vice de conformation si fréquent qui constitue la diastématostaphylie ; reconstituer l'espèce de pont que la nature a établi chez la femme entre la vulve et l'anus, en d'autres termes refaire le périnée rompu dans les efforts d'un accouchement laborieux : voilà la chirurgie restauratrice dans toute sa pureté ; voilà ce qui la constitue essentiellement. Peut-être faudrait-

il joindre à ces actes déjà si importants, déjà si remarquables par leurs conséquences, les opérations par lesquelles on entreprend l'obturation d'une ouverture fistuleuse des sinus frontaux; l'occlusion d'une perte de substance à la paroi antérieure du sac lacrymal; la fermeture d'une perforation de la voûte palatine; l'oblitération d'une fistule de la trachée-artère ou du larynx au devant du cou; la guérison d'un anus contre nature par la méthode autoplastique; la reconfection d'une partie de l'urètre dans quelques cas d'hypospadias, ou congéniaux, ou accidentels; et aussi l'oblitération des fistules vésico-vaginale et recto-vaginale.

De toutes ces restaurations d'organes il en est bien peu que je n'aie été dans le cas de faire un plus ou moins grand nombre de fois; et, avec vous, mon cher ami, peut-être m'est-il permis de dire qu'il en est plusieurs que j'ai le premier, ou un des premiers, introduites dans la pratique chirurgicale. C'est à celles-là que je veux m'attacher particulièrement. Elles ne sont pas toutes à beaucoup près sur la même ligne pour la fréquence de cas qui les nécessitent, et tant s'en faut que la chiru se les soit rendues également familières. Pour qu unes le temps a permis de recueillir des faits sans n chaque jour en produit de nouveaux, et l'on peut qu'à peine reste-t-il à glaner dans le champ de l'ex pour ce qui les concerne; d'autant que les cas elles se rapportent n'offrent, chacun en pa qu'assez peu d'anomalies : ces cas sont rema en général, par une manière d'être assez un ne présentent qu'un petit nombre de variétés l minées; et de là vient que les restaurations de c

ou être dès longtemps soumises à des règles à peu près invariables.

D'autres, au contraire, se rapportent à des altérations d'organes qu'on voit de loin en loin seulement, qui, presque toujours accidentelles, sont, en général, bien plus différentes dans leur manière d'être que ne le sont les déformations congéniales. A cause de cela elles comportent presque autant de modes d'exécution différents qu'il y a de cas qui peuvent se présenter. J'ajouterai que, pour certains cas assez communs par leur nature, comme pour d'autres qui sont plus rares, il est quelques restaurations qui sont d'une date encore trop récente, qui sont trop nouvellement instituées pour qu'on ait pu les expérimenter un bien grand nombre de fois, pour qu'on puisse savoir à quoi s'en tenir sur leur propre valeur, et sur celle des procédés divers que chacune d'elles peut comporter.

Dans toutes celles sur lesquelles mon attention est fixée actuellement, que dis-je ? dans toutes les restaurations proprement dites, il s'agit de rapprocher et de faire adhérer entre elles des parties qui sont disjointes : c'est une synthèse à opérer ; c'est une continuité ou médiate ou immédiate à faire naître là où elle manque par un vice originel de formation, ou bien à rétablir là où elle a été interrompue par quelque accident. Ce n'est pas toujours d'une simple division qu'il s'agit ; bien souvent il existe une perte de substance, laquelle peut être plus ou moins étendue ; ou bien alors même que cette perte de substance n'existe plus, une grande distance sépare les lèvres, de la solution de continuité, à cause de la rétraction des tissus

environnants. Cette rétraction, quand elle a eu lieu, est proportionnée au degré de tension habituelle des organes dont la continuité a été interrompue, ou à la grande rétractilité dont ils sont doués. Par contre, il se peut qu'il n'y ait point un grand vide, ni un grand intervalle à combler, là cependant où il y a eu perte de substance, par la raison que les parties circonvoisines n'ont éprouvé qu'une faible rétraction. De ces dispositions opposées doit résulter, on le comprend bien, et résulte toujours, en effet, ou plus de difficulté, ou plus de facilité, au contraire, pour rapprocher les parties qu'on veut faire adhérer les unes aux autres.

Autre chose encore. Tantôt ces parties sont très minces, et tantôt elles ont une épaisseur qui permet d'établir la coaptation entre des surfaces un peu étendues. Tantôt aussi elles sont, non seulement souples, extensibles, mais encore très mobiles, quelquefois même libres de deux côtés opposés, ou par deux surfaces, comme on le voit pour les deux parties de la lèvre dans le bec de lièvre, poı les deux moitiés du voile du palais dans la division coı géniale de cette partie de l'intérieur de la bouche ; et tar au contraire, elles sont fixes et adhérentes à des su osseuses, comme cela est dans les perforations de la palatine, et dans quelques cas de destruction d'une Quelquefois aussi elles sont maintenues écartées p os, comme le sont les deux moitiés du voile dı dans les cas de diastématostaphylie avec diduc deux parties de la voûte palatine. Et toutes ces dans la manière d'être des parties qu'on peu refaire, à reconstituer, sont indépendantes de

diverses, des variétés particulières de chacune des difformités auxquelles il s'agit de remédier, et des circonstances propres dont chacune d'elles est accompagnée.

Il faut que j'ajoute, pour compléter cette sorte de description générale de l'état des parties sur lesquelles il peut y avoir à appliquer quelqu'une des ressources de la chirurgie restauratrice, que bien souvent la mutilation affecte les parois d'une cavité, ou quelque partie d'un organe creux, d'un conduit, qui sont le réceptacle, le réservoir ou la voie de la transmission d'un liquide ou d'une matière liquide. Cette circonstance, sans ajouter aux difficultés de la restauration en elle-même, ou de l'opération dont elle est le but, peut en rendre le succès fort incertain. D'où vient qu'on ne peut pas parvenir à oblitérer complétement certains anus contre nature? De ce que les matières chymeuses, ou les matières excrémentitielles, ou seulement même les mucosités intestinales se présentent presque continuellement à l'ouverture de l'intestin et des parois de l'abdomen, et franchissent la digue qu'on leur oppose. Plus grande encore est la tendance de l'urine à s'échapper entre les lèvres d'une plaie de l'urètre, comme entre les lèvres d'une plaie de la vessie, alors même que ces plaies sont réunies aussi exactement que possible, ou bien à suinter sur les côtés d'un lambeau autoplastique; et de là le peu d'efficacité, tout au moins l'infidélité de presque toutes les méthodes qui ont été imaginées jusqu'à présent pour la guérison de certains hypospadias et, plus encore, des fistules vésico-vaginales. Et dans la restauration du périnée chez la femme, voyez que de précautions il faut prendre

pour faire que l'écoulement des mucosités du vagin ne vienne pas mettre obstacle à l'agglutination des surfaces qui ont été adaptées immédiatement l'une à l'autre après avoir été mises à l'état de cruentation ; et plus encore, peut-être, pour prévenir les fâcheux effets du passage des matières fécales par l'anus.

Une conséquence naturelle de tout cela, c'est qu'il ne peut y avoir une seule et même manière d'entreprendre la restauration de nos organes, lorsqu'il y a indication de le faire. C'est bien toujours le même but qu'on se propose ; partout il s'agit de ramener un organe ou une partie du corps, si non tout à fait à leur état normal, du moins à une manière d'être qui s'en rapproche le plus possible, et de les rendre aptes à remplir la fonction que la nature leur a départie. Mais chaque sorte de difformité réparable, par cela même qu'elle a un caractère particulier dépendant du lieu qu'elle occupe, et des fonctions que remplit la partie qui en est le siége, réclame des moyens ou un mode de réparation qui lui est particulier. Presque toujours aussi la méthode principale embrasse pour chaque catégorie de cas des méthodes secondaires, des procédés divers, eux-mêmes susceptibles de modifications presque sans nombre, à cause des variétés presque infinies, tout au moins très multipliées, que présentent les déformations auxquelles l'art peut remédier. Au visage particulièrement à peine voit-on deux cas de même genre qui offrent une similitude parfaite, auxquels on puisse appliquer de la même manière exactement les ressources ou les procédés de la chirurgie restauratrice : nulle autre part, ces procédés, en général toujours minutieux, délicats, quelque

fois simples, mais bien plus souvent difficiles, compliqués, ne sont moins assujettis à des règles fixes ; nulle autre part, ils ne sont plus subordonnés dans leur application aux circonstances, aux particularités du cas qui les nécessite ; nulle autre part on n'a plus à changer, à modifier ce qui peut avoir été fait dans des cas antérieurs, autant à créer, à imaginer pour chaque cas nouveau.

Et cependant toutes les réparations d'organes sont soumises à quelques règles générales : il y a pour toutes certains détails d'exécution, qu'on peut associer de diverses manières, et qui en sont comme les éléments. On peut dire encore avec plus de vérité qu'elles sont toutes établies sur certaines bases, et qu'elles comportent l'application de quelques principes généraux ou communs ; de même que, considérées dans leur ensemble, elles se prêtent à quelques distinctions autres que celles qui découlent des variétés de siége des mutilations ou des difformités qu'il s'agit de réparer. Voyez déjà : tantôt le désordre à réparer est tout récent ; c'est une plaie qui vient d'être faite, ou par accident, ou par la main du chirurgien ; les parties sont fraîchement divisées, et pour qu'un travail d'adhésion s'établisse et s'opère entre des surfaces plus ou moins éloignées les unes des autres, il n'est besoin que de faire disparaître l'intervalle qui sépare ces surfaces, de les mettre en contact, et de les y maintenir : aucun soin préalable n'est indiqué. Dans d'autres circonstances, au contraire, et c'est le cas le plus ordinaire, au moins c'est celui auquel s'appliquent plus spécialement, plus fréquemment les procédés de la chirurgie restauratrice, la mutilation existe depuis longtemps : qu'il y ait ou non perte de

substance, une cicatrice, ou quelque tissu qui tient lieu d'une cicatrice proprement dite recouvre les bords de la solution de continuité ; il y a nécessité d'amener celle-ci aux conditions d'une plaie récente; il faut avant toute autre chose qu'elle soit rafraîchie, avivée, que ses bords soient mis à l'état de cruentation. C'est un premier temps indispensable de l'opération restauratrice.

Puis, de quelque manière qu'on doive s'y prendre pour rapprocher des parties qui se trouvaient séparées par un intervalle plus ou moins grand, et pour établir entre ces parties une coaptation immédiate, il faut que cette coaptation soit maintenue par des moyens artificiels. Dans le plus grand nombre des plaies ordinaires qui se prêtent à être réunies, et qu'il convient de réunir immédiatement, on se contente des moyens les plus simples : une douce compression, des emplâtres agglutinatifs aidés d'une position convenable, suffisent : bien rarement emploie-t-on la suture ; bien rarement surtout est-il indispensable d'y avoir recours. Toutes les autoplasties, au contraire, la réclament impérieusement. Je ne sache pas une restauration d'organe, de celles dans lesquelles on procède par voie de cruentation, qui pût être accompli régulièrement et conduite à une fin heureuse sans le se cours de la suture : et de la bonne application des points d suture dépend même en grande partie la bonne exécution d l'opération. Il faut bien remarquer, en effet, que le b étant toujours de réparer un grand désordre, de faire di paraître une difformité choquante, quelquefois mêm pour cela, de substituer une partie nouvelle à une part qui manquait, on doit vouloir la perfection dans les r

ıltats : et ce n'est vraiment qu'en employant la suture ı'on peut opérer et maintenir une coaptation exacte, ;gulière, entre des parties quelquefois inaccessibles par ıur position à tous autres moyens de réunion, quelque-ıis aussi très minces, presque toujours très mobiles, et ɔuvent enfin très susceptibles de se déplacer sous l'in-uence de leur seule pesanteur.

Vous le dirai-je à cette occasion? Peut-être a-t-il fallu ɔut le développement qu'a pris la chirurgie restauratrice, t le parti si avantageux qu'on tire des différentes sortes e sutures dans toutes les opérations qui s'y rapportent, our qu'il ne reste plus de préventions dans l'esprit des hirurgiens contre la suture en général comme moyen de éunion des plaies. Sans doute les anciens en ont abusé : nais on était tombé dans un excès contraire. Quelle exa-;ération dans ce que les maîtres du dernier siècle, quelques ıns particulièrement, comme Louis, comme Pibrac, ont lit des inconvénients, des dangers de la suture! Louis, ıui aurait voulu qu'on pût se borner à l'usage d'un appa-eil unissant, ou d'emplâtres agglutinatifs dans l'opération lu bec-de-lièvre; qui croyait que dans l'amputation d'un ancer un peu considérable de la lèvre inférieure on levait s'estimer heureux d'avoir pu enlever le mal en to-alité, et qu'il n'était pas besoin de songer à la réparation lu désordre; Louis, dis-je, eût-il jamais osé entre-ɔrendre l'une de ces restaurations d'organes dont la chi-urgie moderne peut à bon droit s'enorgueillir? A la fin lu siècle dernier, Desault, chez nous, en avait appelé de ette sorte de proscription de la suture, et les hommes ormés à son école avaient marché dans la même voie.

Mais pour eux l'usage de la suture était restreint à un assez petit nombre de cas, et leur surprise serait grande s'ils pouvaient voir dans combien de circonstances on y a recours maintenant, quels résultats importants elle procure, de quels triomphes, de quelles brillantes conquêtes la chirurgie lui est redevable. Que de choses seraient à faire ou n'auraient jamais été tentées, si nous n'avions point eu à notre disposition, je ne dirai pas seulement la suture en général, mais encore plusieurs sortes de sutures!

Non, personne n'est disposé plus que moi à proclamer cette vérité ; mais je dirai aussi qu'il faut savoir user modérément des meilleures choses : je ne voudrais pas que, parce que la suture est vraiment utile, vraiment indispensable dans un très grand nombre de cas, on tombât de nouveau dans l'excès qu'on a tant et avec si juste raison reproché aux anciens. C'est une tendance de quelques chirurgiens de nos jours que je ne puis approuver. Combien sont frivoles les motifs sur lesquels ils se fondent pour préconiser l'emploi de la suture pour des plaies faciles à réunir par des moyens plus simples! Je ne saurais le dire trop haut, et cela malgré mon amour pour tant d'opérations qu'on ne peut pratiquer qu'en employant la suture, là où elle n'est pas de nécessité absolue, partout où l'on peut faire une réunion immédiate sans le secours de ce moyen toujours cruel, tout au moins douloureux dans l'application, il faut savoir s'en passer; il faut se borner à l'usage des autres moyens unissants. Telle a été de tout temps ma règle de conduite, et j'y persisterai sans doute indéfiniment. Toutefois il est un moyen nouveau par lequel on peut suppléer à l'application des agglu-

tinatifs là où cette application peut être un peu difficile, en éviter les quelques inconvénients, et opérer une réunion immédiate sans en venir à la suture proprement dite; et ce moyen convient surtout pour les plaies qui ne s'étendent pas en profondeur beaucoup au delà de l'épaisseur de la peau. Vous devinez que je veux indiquer les serres-fines, dont on doit l'heureuse introduction dans la pratique chirurgicale à M. Vidal, de Cassis. Le fait est que, sans que leur usage puisse jamais faire oublier les sutures ordinaires, elles peuvent être utilisées dans un grand nombre de cas, et peuvent remplacer avantageusement les emplâtres agglutinatifs. Il y aurait, dans quelques circonstances aussi à tirer parti de la modification apportée par M. Rigal, de Gaillac, à la suture entortillée, laquelle consiste à faire que les extrémités des aiguilles traversent une lanière de gomme élastique vulcanisée, au lieu d'être entourées ou enveloppées par des fils.

Ainsi donc, sans la suture, on ne peut guère songer à la restauration de quelque organe que ce soit; la suture est comme la condition de toute autoplasfie. Et une chose heureuse, c'est que la chirurgie en ait à sa disposition plusieurs sortes : une seule ne suffirait peut-être pas. Il est certain, du moins, que plusieurs de celles qu'on connaît sont employées dans les différentes autoplasties : chacune a ses avantages et son degré d'utilité; chacune semble être plus particulièrement appropriée à certains cas, et mériter pour ces cas la préférence sur toutes les autres. C'est bien la suture entortillée qu'on emploie le plus généralement, parce que, de même que la suture que nous nommons simple ou entrecoupée, elle s'accommode

merveilleusement aux contours plus ou moins inégaux de certaines plaies; parce qu'on peut en faire les points ou très rapprochés, ou très rares; parce qu'on peut faire parcourir aux aiguilles un court trajet ou un trajet très long; parce qu'on peut ainsi faire usage d'aiguilles de longueur variée, et aussi ou fines ou grosses, selon le degré d'épaisseur ou toute autre disposition des parties qu'elles doivent traverser pour y séjourner un temps plus ou moins long; et parce qu'enfin, à cause de la manière dont on complète le plus ordinairement la suture entortillée avec un fil qui doit embrasser les extrémités de chacune des verges métalliques, et couvrir leurs intervalles, les parties qu'on veut réunir sont rapprochées et maintenues en contact plus exactement, surtout plus également qu'elles ne peuvent l'être avec les points isolés de la suture simple. A quoi il faut ajouter que la suture entortillée expose moins que la suture simple à une section trop prompte des parties molles qu'elle embrasse. Elle a plus de stabilité; des tiges droites inflexibles, formant la moitié de l'anneau que représente chaque point de suture, divisent la peau, les chairs, moins facilement que ne le font les fils, qui agissent circulairement. Voilà les motifs qui font employer la suture entortillée préférablement à toute autre, surtout préférablement à la suture simple, toutes les fois qu'elle est praticable sans trop d'embarras, sans trop de difficultés.

Mais elle n'est de mise que sur des régions qui offrent des surfaces à peu près planes; on ne peut déjà que très difficilement faire manœuvrer des aiguilles droites sur des surfaces déprimées, anfrac-

tueuses ; on ne le pourrait que plus difficilement encore dans l'intérieur d'une cavité. Il ne faut pas non plus qu'on ait à faire agir la suture trop profondément au delà de la surface de la peau, ou, en d'autres termes, à embrasser dans les points de suture une couche trop épaisse de parties molles. La suture entortillée perd alors une grande partie de ses avantages; l'action en serait trop incertaine. Dans de telles circonstances, il faut la remplacer par une autre suture. C'est la pensée que j'aurais dû avoir lorsque je m'avisai de tirer de l'oubli dans lequel elle était tombée la restauration du périnée chez la femme. Comment n'ai-je pas compris tout d'abord que pour agir sur des parties si épaisses, pour maintenir affrontées des surfaces aussi larges que celles qui résultent de l'avivement après une déchirure ancienne du périnée, la suture entortillée serait insuffisante? Elle ne pouvait agir que superficiellement; et dans le temps, je ne fus pas très surpris du revers qui suivit ma première opération. Je le fus d'autant moins que, dans les opérations qui avaient été tentées par Noël et par Saucerotte, et dont le résultat avait fait renoncer à entreprendre de nouveau la restauration du périnée, ces deux chirurgiens avaient pareillement pratiqué la suture entortillée. Mais la suture enchevillée était particulièrement réservée pour les plaies pénétrantes de l'abdomen; jamais elle n'avait été appliquée aux plaies d'autres régions du corps; et l'idée ne m'est venue d'y avoir recours qu'après avoir fait inutilement une première opération avec la suture entortillée.

Peut-être n'ai-je dû cette heureuse inspiration qu'au désir extrême qu'avait la malade d'être délivrée de son

incommodité, et au courage avec lequel elle consentait à subir une opération nouvelle. Vous le savez, mon cher Lawrance, cette malade, qui était l'épouse d'un médecin, a recueilli le fruit de sa résignation. Le succès que j'ai obtenu chez elle en pratiquant la suture enchevillée, je l'ai obtenu dans un assez grand nombre d'autres opérations semblables; et le même moyen a réussi assez de fois déjà dans les mains d'autres chirurgiens pour qu'il n'y ait plus maintenant de doutes sur sa valeur. Plus tard j'entrerai avec vous dans d'autres détails sur ce sujet : je voulais seulement établir ici que, malgré tous les avantages qu'elle présente en général, la suture entortillée ne convient pas pour la restauration du périnée.

Et pour la staphyloraphie, c'est pareillement une autre suture qu'il faut employer. En effet, comment pourrait-on engager et placer convenablement des épingles ou des aiguilles droites dans l'épaisseur des deux bords si minces du voile du palais divisé? On pourrait peut-être plus facilement disposer toutes choses sur les deux parties de cet organe pour une suture enchevillée : mais par la manière dont cette suture agit, les bords de la division, poussés en avant, s'écarteraient l'un de l'autre, et le contact serait établi entre les deux membranes muqueuses de la face postérieure du voile du palais. Tout infidèle qu'elle peut être, la suture simple est la seule suture dont on puisse faire ici l'application avec avantage. J'en ai eu la conviction dès mes premières méditations sur la staphyloraphie, et je crois avoir été assez heureux pour concevoir de prime abord la meilleure manière possible de pratiquer l'opération dont il s'agit.

Il va sans dire que, bien que chacune des trois sutures dont je viens de parler paraisse mieux convenir pour certaines restaurations que pour d'autres, des cas pourraient se présenter dans lesquels il serait avantageux de les employer simultanément, tout au moins de faire concourir deux d'entre elles à la réunion des différentes parties d'une plaie.

Mais le difficile n'est pas de choisir le meilleur moyen d'assurer la coaptation des parties qu'on veut réunir, c'est bien plutôt, au moins dans un grand nombre de cas, de mettre ces parties en rapport, de les préparer, de les disposer pour que la coaptation ait lieu. Quelquefois, sans doute, il suffit de mettre en jeu leur extensibilité naturelle : de cette manière seulement on les rapproche, on les attire l'une vers l'autre, ou les unes vers les autres. Mais bien plus souvent une action importante doit précéder celle-là. Il faut, ou bien éloigner tel ou tel obstacle qui existe à ce que ces parties éprouvent l'extension dont elles sont susceptibles ; ou bien, par des moyens artificiels, par certains soins préliminaires, augmenter leur ampleur ou leur extensibilité naturelles ; ou bien suppléer à leur allongement, à leur extension, en les déplaçant, après les avoir séparées d'autres parties très voisines auxquelles elles adhèrent ; ou bien encore faire un véritable emprunt à ces dernières pour remplir un vide, un intervalle, un espace qu'il n'était pas possible de combler autrement. Quelquefois même, la matière manquant dans les régions voisines, il faut faire cet emprunt à des régions très éloignées, greffer ainsi l'une sur l'autre deux parties du corps qu'un grand intervalle sépare, qui n'ont entre elles au-

cune communication directe, retrancher à l'une pour donner à l'autre. Strictement alors la substitution pourrait être faite d'un individu à un autre individu. Cette dernière manière d'agir pour la restauration des organes, vous le savez, c'est l'*hétéroplastie*. Quand une restauration est entreprise aux dépens d'une partie de l'individu même chez lequel il s'agit de réparer une perte de substance, c'est l'*autoplastie*, laquelle est mise en usage bien plus fréquemment que l'hétéroplastie. Elles forment ensemble ce qu'on est convenu de désigner sous le nom d'*anaplastie;* et, par cette dernière expression, il faut entendre toute reconstitution d'un organe ou d'une partie au moyen d'un emprunt quelconque.

Telle est bien aussi, en particulier, l'acception du mot *autoplastie*, avec cette particularité, que les parties réparatrices proviennent de l'individu même auquel l'opération doit bénéficier. Mais ce mot *autoplastie* a perdu son sens primitif : on en a étendu l'usage insensiblement, de telle sorte que l'autoplastie n'est plus l'autoplastie proprement dite ou à strictement parler ; elle s'entend maintenant de toute réhabilitation d'un organe ou d'une partie, de quelque manière qu'on y procède, au moins quand il y a solution de continuité, et qu'il s'agit de réparer cette solution de continuité. De là, nécessité de distinguer entre toutes les autoplasties ; il a fallu en établir plusieurs sortes. En prenant les choses au point où elles sont maintenant, il y a cinq ou six manières assez distinctes les unes des autres de procéder à l'autoplastie.

1° Dans une première, c'est la plus simple, les parties à réunir n'opposent aucune résistance, elles cèdent

au moindre effort qu'on fait pour les rapprocher ; tout au plus éprouvent-elles un certain degré d'extension. Et remarquez qu'on voit cela pour des plaies récentes, même dans des cas où il y a eu une perte de substance plus ou moins considérable, parce que toutes les parties circonvoisines de la plaie jouissent d'une grande souplesse, d'une grande extensibilité : on le voit, par exemple, à la poitrine, après l'amputation d'une partie du sein ou même du sein en totalité. Dans de telles circonstances, on a donc toute la facilité possible pour amener au contact des parties disjointes, et actuellement séparées par un intervalle plus ou moins grand. L'autoplastie qu'on fait alors, c'est l'autoplastie par simple traction ou par simple rapprochement : telle est, en particulier, celle des paupières dans le simple coloboma; de l'oreille quand le lobe est fendu; de la lèvre supérieure dans un bec-de-lièvre unilatéral, ou même dans un bec-de-lièvre double ou bilatéral, quand on fait servir le lambeau moyen à reconstituer la lèvre; du voile du palais dans la diastématostaphylie simple; du périnée après la déchirure, ou récente, ou ancienne, de cette partie.

Et toutefois, dans quelques uns de ces cas, combien il faut peu de chose pour que l'autoplastie offre plus de difficultés, pour qu'il faille aider au rapprochement par quelques soins préalables, pour qu'enfin elle prenne, jusqu'à un certain point, un autre caractère! Ainsi, dans un bec-de-lièvre double, veut-on sacrifier le lambeau moyen, ou le faire servir à autre chose qu'à la reconstitution de la lèvre, faut-il conséquemment réunir immédiatement l'une à l'autre les deux parties latérales

de la lèvre, il y a des difficultés à surmonter, parce que ces deux parties de la lèvre sont très écartées l'une de l'autre; parce qu'elles sont fixées aux os maxillaires : besoin est donc de les en détacher, fort au loin même. De cette manière, on ajoute à leur extensibilité naturelle, et l'on opère un rapprochement que sans cela on n'aurait pas pu obtenir. Ainsi, qu'avec une division du voile du palais il y ait bifurcation de la voûte palatine, toujours alors les deux parties de cette voûte sont écartées l'une de l'autre; plus grande est la séparation des deux bords de la division du voile du palais; et comme les deux parties de ce voile sont fixement attachées aux os, on ne peut les mettre en contact qu'en faisant subir à l'opération ordinaire de la staphyloraphie une modification importante. Cette modification consiste à détacher chacune d'elles d'avec la partie postérieure de la voûte palatine par une section transversale.

2° De tels expédients impriment déjà à l'autoplastie un autre caractère; ils en constituent comme une seconde espèce, qu'on peut désigner sous le nom d'*autoplastie par débridement :* et si je ne craignais pas de multiplier les divisions, ou d'entrer dans des distinctions trop subtiles, je dirais qu'entre celle-ci et l'autoplastie de la première sorte, ou par simple rapprochement, il y en a une qu'on peut dire être par *extension forcée*. On ne débride point, on ne détruit pas des adhérences naturelles, pour obtenir un relâchement des parties à réunir; mais on fait autre chose qu'opérer le simple rapprochement de ces parties : on ne parvient à les mettre en contact qu'après leur avoir fait éprouver une extension très

forte, qu'après avoir épuisé toute l'extensibilité qu'elles ont en partage. On ne peut agir ainsi impunément, au moins avec quelque chance de succès, que pour des parties qui ont une certaine épaisseur, et qui sont capables de résister à l'action de la suture, comme les joues, les lèvres, surtout sur des sujets adultes. Des parties un peu minces seraient trop facilement coupées ou déchirées.

C'est pour éviter cette extension forcée, ou du moins pour en atténuer les inconvénients là où elle doit encore avoir lieu, qu'on pratique des dissections en dessous, qu'on détruit des adhérences naturelles, qu'on fait des incisions latérales; toutes choses par lesquelles des parties qu'il faut rapprocher sont rendues plus souples, plus mobiles, plus extensibles, et partant plus susceptibles d'être attirées les unes vers les autres, et maintenues en contact, sans éprouver une distension trop considérable. Je ne veux pas qu'on abuse de ces ressources, qu'on les prodigue, qu'on les applique sans une nécessité bien sentie. Suivant moi, par exemple, ce serait faire abus des incisions laterales au voile du palais, dans la staphyloraphie, que de les appliquer, comme le voulait Dieffenbach, à tous les cas de division de ce voile avec écartement des deux moitiés de la voûte palatine. De telles incisions latérales faites en dehors du périnée, et telles que les recommande pareillement Dieffenbach, sont encore plus inutiles dans la suture de cette partie. Mais dans d'autres cas, c'est vraiment une chose bien remarquable que le parti qu'on tire de telle ou telle autre des manœuvres préparatoires au rapprochement que j'indi-

quais plus haut. Voyez, par exemple, ce qu'on fait, ce qu'on peut faire, après l'amputation de tumeurs cancéreuses un peu considérables de la lèvre inférieure, opération dans laquelle il faut si souvent sacrifier une si grande partie, quelquefois même la presque totalité de cette lèvre : il n'y a pas toujours nécessité absolue de faire une autoplastie par substitution, c'est-à-dire de faire un emprunt proprement dit aux parties voisines pour reconstituer la lèvre, pour remplacer ce qui a été enlevé; la réparation se fait bien souvent par le seul rapprochement des parties molles qui ont été conservées de chaque côté. Mais ce rapprochement n'a lieu que par une extension un peu forcée de ces parties; et cette extension, on l'obtient sans de trop grands efforts en détachant les joues d'avec la mâchoire inférieure, en détruisant les adhérences des muscles jusqu'au-dessous de la base de cet os. Telle est donc l'autoplastie que je nomme par extension forcée et par débridement, laquelle ne comporte guère de règles générales, et se pratique un peu différemment selon les cas, les lieux, les parties auxquels on l'applique : c'est ce qui est établi de reste par les quelques exemples que j'ai indiqués.

3° Vient ensuite l'autoplastie appelée par granulation, j'aimerais mieux dire après formation et par extension de granulations celluleuses. Même avec cette variante dans les termes, l'esprit ne saisit pas tout d'abord en quoi ce mode d'autoplastie consiste. L'idée en est ingénieuse, et honore son auteur : mais c'est dans un bien petit nombre de circonstances, à ce qu'il me semble, qu'on peut songer à en faire l'application : et je n'en vois pas dans lesquelles

il puisse être d'une indispensable nécessité. Je trouve dans un petit travail assez récent d'un chirurgien de Philadelphie, M. Müller, sur les restaurations du voile du palais et de la voûte palatine (1), l'indication d'un cas où l'on a eu recours avec succès à cette autoplastie par granulation.

Vous dirai-je sur quoi elle est fondée ? Sur ce fait bien connu, relativement aux plaies qui doivent suppurer et guérir par voie de cicatrisation ; savoir, que les granulations qui naissent de leur surface, forment, en se réunissant, comme un tissu nouveau dont toutes les parties sont continues entre elles, et se continuent avec les tissus normaux aux dépens desquels ces granulations se sont développées : c'est le tissu inodulaire à son premier âge ; et sur cet autre fait, savoir, que si ce tissu inodulaire est susceptible d'une sorte de retrait, ou de resserrement pour la formation de la cicatrice, il peut aussi céder à une traction soutenue, ou à des tractions répétées, et subir une extension plus ou moins considérable. A la faveur de cette dernière propriété du tissu inodulaire, on peut augmenter l'intervalle qui séparait les deux bords d'une plaie de la peau ou de tout autre tissu naturel, sans qu'ils cessent d'être liés ou continus l'un à l'autre. On peut donc éloigner une portion de téguments, ou de quelque autre tissu de la place qu'elle occupait au moment de la formation des granulations celluleuses, la faire cheminer, voyager un peu, sans qu'elle cesse d'être unie à ces granu-

(1) *A Report on the operation for fissures of the palatine vault*, by Thomas D. Müller. Philadelphia, 1843.

lations, sans que celles-ci cessent de former un tout continu.

Dans le cas de M. Müller, que j'indiquais à l'instant, le résultat heureux d'une autoplastie par granulation est d'autant plus remarquable, qu'on avait eu à manœuvrer sur un champ bien limité, et sur une région située d'une manière très défavorable. C'était à la voûte palatine, dans la partie la plus rapprochée du voile du palais. Il s'agissait d'une perforation de cette voûte, qui faisait communiquer la bouche avec les narines; l'ouverture, placée un peu à droite, était ovalaire d'arrière en avant, et avait un peu plus d'un demi-pouce dans le sens de son plus grand diamètre. On fit trois opérations successives, ou, plutôt, l'opération fut faite en trois temps à des intervalles de plusieurs jours. Dans le premier, on fit, de chaque côté et à trois lignes environ de l'ouverture, une incision en croissant aux parties molles de la voûte palatine, incision qui pénétrait jusqu'à l'os, et qui, concentrique aux bords de l'ouverture, n'en dépassait pas les extrémités. De cela résultaient comme deux petits lambeaux à base très large, qui furent soulevés et détachés de la partie solide du palais, et sous lesquels on engagea un morceau de peau de daim, comme on aurait pu mettre un peu de coton, ou de linge fin, ou d'agaric, pour tenir les plaies béantes, et empêcher la réunion des parties divisées. Après six jours, les granulations celluleuses étant formées, et le tissu inodulaire constitué, on procéda, de la même manière, vers les extrémités de l'ouverture de la voûte palatine, c'est-à-dire en avant et en arrière de cette ouverture; on comprit dans les nouvelles incisions les parties de la membrane mu-

queuse palatine qui avaient été ménagées dans les premières. On compléta, pour ainsi dire, la coupe ovalaire qu'il s'agissait de faire autour et à quelque distance de la perforation dont la voûte palatine était le siége. Mêmes précautions furent prises pour empêcher la réunion des nouvelles plaies qui se continuaient avec les premières. Après une autre période de six jours écoulée, il y avait toute une bande, à peu près circulaire, de granulations, circonscrivant une portion de membrane palatine formant elle-même une bande ovalaire qui adhérait aux os par sa petite circonférence. Le moment était venu de détruire cette adhérence et d'aviver les bords de l'ouverture. C'est par là que fut commencée la troisième manœuvre, ou l'acte final de l'opération; puis, on partagea en quatre lambeaux la portion de la membrane palatine qui se trouvait renfermée dans le cercle des granulations. Ces quatre lambeaux furent ensuite détachés des os jusqu'à la limite des granulations, auxquelles ils étaient ainsi continus par leur base. Devenus alors susceptibles de se mouvoir, ou d'être déplacés à raison de l'extensibilité du tissu inodulaire, ils furent attirés vers le centre de l'ouverture, et maintenus dans cette position par plusieurs petits points de suture. Tous ensemble fermaient exactement l'ouverture; ils se réunirent parfaitement; et l'opération, entreprise pour reconstituer la voûte palatine et intercepter toute communication de la bouche avec les narines, eut un plein succès.

Voilà les détails d'une autoplastie par granulation, appliquée à un cas déterminé. Je conçois parfaitement comment en variant le procédé ou le mode d'exécution, on peut

utiliser la méthode elle-même dans d'autres circonstances, même un peu différentes de celles dont il vient de s'agir.

4° Une autre méthode d'autoplastie est dite par dédoublement, et ce mot indique assez que cette méthode consiste à réduire l'épaisseur d'un partie pour en augmenter l'étendue, pour lui donner plus d'ampleur et pouvoir ainsi l'amener à la rencontre d'une autre dont elle était trop éloignée. Rigoureusement on pourrait faire subir à deux parties distinctes la même métamorphose pour les faire concourir ensemble à combler l'intervalle qui les séparait. Il y a une première condition nécessaire pour qu'on puisse faire servir le dédoublement à une restauration quelconque, c'est que la partie à dédoubler ait deux surfaces libres, ou revêtues l'une et l'autre par une membrane muqueuse, ou bien l'une cutanée et l'autre muqueuse. Il faut aussi que cette partie soit disposée de telle sorte que, dédoublée, elle conserve encore assez d'épaisseur pour que la vie puisse s'y maintenir, et pour qu'on puisse appliquer les moyens de réunion. Les joues, les lèvres présentent cette dernière condition à un degré remarquable. Qu'importe qu'une surface muqueuse devienne extérieure d'intérieure qu'elle était, et devienne apparente, même dans une des régions du corps qui sont habituellement à découvert! Elle perdra bientôt son aspect naturel. Qui ne sait avec quelle facilité, et j'entends dire avec quelle promptitude, une membrane muqueuse, par son exposition continuelle à l'impression de l'air, au contact des corps extérieurs, peut-être vaudrait-il mieux dire, une fois soustraite au contact des liquides ou des autres matières par lesquelles elle était lubrifiée, avec les

apparences de la peau? Et comme phénomène à la fois inverse et analogue, ne voit-on pas la peau prendre jusqu'à un certain point le caractère d'une membrane muqueuse quand, dans une partie quelconque du corps, elle éprouve une plicature profonde, et se trouve pendant longtemps en contact avec elle-même? J'ai la conviction qu'une portion de tégument dont on maintiendrait la surface épidermique tournée vers l'intérieur d'une cavité tapissée par une membrane muqueuse s'identifierait parfaitement avec cette membrane. Cette disposition de chacun des deux grands systèmes tégumentaires dont l'homme est pourvu, l'un intérieur, l'autre extérieur, à prendre accidentellement, et dans des circonstances données, les caractères de l'autre, est un fait bien connu en anatomie générale. Il faudrait donc s'attendre à voir une surface muqueuse qui serait devenue extérieure après une autoplastie par dédoublement, perdre ses caractères naturels, et s'harmoniser plus ou moins avec la peau. Du reste, je n'ai point de règles générales à établir quant à la manière de pratiquer cette sorte d'autoplastie, soit qu'on l'emploie seule, soit qu'on l'associe à tel ou tel des autres procédés de restauration.

Il reste encore au moins trois sortes d'autoplasties qui ont cela de commun qu'elles se font avec emprunt, qu'il y a dans chacune d'elles migration, déplacement de parties, translation d'un disque d'un lambeau de téguments, ou même de parties charnues, d'une partie sur une autre, d'un lieu à un autre. Déjà le dédoublement est une sorte d'emprunt : seulement cet emprunt est fait à la partie même qu'il s'agit de rattacher à une autre dont elle est plus ou

moins éloignée. Et que dis-je? Dans l'autoplastie par simple rapprochement, surtout quand il y a à combler une perte de substance, n'y a-t-il pas comme un emprunt et une translation de parties? Ne fait-on pas éprouver à la peau un véritable déplacement? N'en attire-t-on pas, n'en amène-t-on pas des portions là où elles ne sont pas naturellement? Mais la seule extensibilité de la peau fait les frais du déplacement. C'est tout autrement dans les autoplasties dont il me reste à parler. Ici, l'extensibilité ne joue qu'un rôle secondaire : le plus souvent même, les parties empruntées doivent perdre quelque chose des dimensions qui leur ont été données; elles éprouvent un retrait plus ou moins considérable; elles reviennent sur elles-mêmes. Et comment n'en serait-il pas ainsi? ces parties doivent toujours être séparées, détachées de celles auxquelles elles appartenaient ; on en forme un ou plusieurs lambeaux laissés adhérents par un de leurs bords, quelquefois par une base très étroite, ou même par un simple pédicule; et ces lambeaux obéissent plus ou moins à la force de rétraction dont tous nos tissus sont doués: ils se resserrent, se rétrécissent, se raccourcissent plus ou moins, mais aussi ils acquièrent une épaisseur, une force un peu plus considérable que celle qu'ils avaient au moment où ils ont été formés. Dans quelques cas seulement, on a à leur faire subir une certaine extension.

Ainsi donc ce qui fait le caractère des dernières autoplasties dont il s'agit maintenant, c'est que la partie empruntée pour remplir un vide, pour combler un intervalle est préalablement limitée, circonscrite, taillée sous la

forme d'un lambeau diversement configuré, de telle grandeur ou de telle autre, et qui doit être déplacé. C'est la manière dont l'emprunt est fait, et c'est la manière aussi dont la partie empruntée est substituée à celle qui manque, qui fait la différence entre ces autoplasties, lesquelles sont, ai-je dit, au nombre de trois principales.

5° Dans l'une, c'est par un simple glissement sur une ligne ou horizontale ou verticale, ou par une simple inclinaison, que des lambeaux sont transportés du lieu qu'ils occupaient là où était la partie qu'ils doivent remplacer: ils sont formés des chairs les plus voisines du vide qu'il s'agit de combler; et, chose remarquable, il n'est pas impossible qu'un lambeau de parties molles déplacé une première fois, et auquel a été imposé un nouveau domicile, soit enlevé à cette première station pour être soumis à un nouveau déplacement. Des cas se présentent, en effet, dans lesquels une restauration ne peut être accomplie que par de tels déplacements successifs d'un même lambeau, d'une même masse de parties molles. Presque toujours, après une autoplastie pratiquée suivant la méthode dont il s'agit, il y a à s'occuper du désordre ou de la mutilation qui résulte de la formation des lambeaux : du reste, les deux autres méthodes imposent la même nécessité. Tantôt on peut commettre à la nature le soin de consolider ou de guérir la plaie nouvelle laissée par l'éloignement du lambeau ou des lambeaux; tantôt cette plaie est disposée de telle sorte qu'il y a possibilité de la fermer complétement ou incomplétement peu d'instants après qu'elle a été faite. Il est d'usage de désigner cette première méthode d'autoplastie proprement dite sous le

nom de *méthode française*, dans le but d'en spécifier l'origine, et pour la distinguer sous ce rapport des deux autres, qu'on nomme l'une *méthode indienne*, et l'autre *méthode italienne*.

6° Dans la méthode indienne, un lambeau formé de la peau seulement, ou de la peau et de quelqu'un des tissus qui lui sont sous-jacents, est bien toujours taillé aux dépens des parties voisines de la perte de substance à réparer; mais ce lambeau est laissé, momentanément au moins, continu aux bords ou à quelque point de la circonférence de cette solution de continuité; il y tient par une base étroite ou par un pédicule plus ou moins gros: puis on le fait pivoter sur lui-même, et cèla à des degrés différents, selon que la partie opposée au pédicule est plus ou moins éloignée de la place qu'elle-même doit occuper. Tantôt il suffit de l'incliner un peu; d'autres fois il faut contourner le pédicule, lui faire éprouver une sorte de demi-torsion; et, dans quelques cas enfin, ce pédicule doit subir une torsion presque complète: c'est ce qui a lieu, par exemple, dans la rhinoplastie, pour laquelle on emprunte à la région frontale un lambeau triangulaire, dont le pédicule occupe l'intervalle des sourcils. Dans toutes ces manières de faire, on se propose de mettre la surface sanglante du lambeau en contact avec la partie que ce lambeau doit couvrir: la surface tégumentaire doit rester tégumentaire. Mais il est des cas dans lesquels le lambeau doit être renversé sur lui-même, à peu près de la même manière qu'on le fait dans l'autoplastie par dédoublement; alors la surface sanglante de vient tégumentaire, et doit se couvrir

d'une cicatrice. Cela se fait ainsi dans l'un des procédés qui ont été recommandés pour la palatoplastie. Telle est, pour l'autoplastie, la méthode appelée méthode indienne, et qu'on peut nommer aussi par transplantation d'un lambeau pris dans le voisinage de la partie qui manque.

7° Dans la méthode dite italienne ou de Tagliacozzi, bien que Tagliacozzi n'ait fait que reproduire, en les étendant toutefois, les vues émises avant lui par Branca dès le commencement du XVI° siècle, le lambeau réparateur est pris sur une partie éloignée, au bras particulièrement pour la restauration d'une partie quelconque de la face. L'autoplastie aurait le même caractère, quand même ce lambeau proviendrait d'un autre individu. Toutefois on a voulu désigner particulièrement cette sorte de greffe animale, à laquelle deux individus différents concourent, et pour cela a été créé le nom ou le mot d'*hétéroplastie*. Bien entendu que, dans l'hétéroplastie, comme dans l'autoplastie comparable à celle-ci, la pièce empruntée n'est d'abord séparée qu'incomplétement de la région qui la fournit; on doit l'y laisser adhérente tout au moins par un fort pédicule, afin que la vie s'y maintienne, puisée à la même source, jusqu'à ce que la greffe soit accomplie. C'est seulement lorsque le lambeau est réuni, lorsqu'il est en communauté de vie avec les parties sur lesquelles il a été appliqué, qu'on le sépare de celles qu'il concourait précédemment à former. Cela doit être aussi dans l'autoplastie par transplantation d'un lambeau voisin. Et le fait est que ces deux sortes de greffes ne diffèrent point autant l'une de l'autre qu'il peut le paraître au premier

abord. Ce sont les mêmes conditions à remplir pour former le lambeau, les mêmes soins aussi à prendre pour le maintenir à la place qu'il doit occuper, et pour en obtenir la réunion.

Tels sont, considérés en général, les différents procédés chirurgicaux connus pour la restauration de nos organes. Pour chaque organe ou pour chaque restauration en particulier, on peut en faire une application variée, comme aussi ils se prêtent à être associés, combinés de diverses façons; et difficilement pourrait-on tracer des règles précises, exactes, sur la manière d'exécuter telle ou telle autre opération autoplastique. Ce qu'il y a de moins irrégulier, de moins variable, c'est ce qu'on a à faire dans les vices originels de conformation, parce que chacun de ceux-ci ne présente que des variétés à peu près fixes, et en nombre à peu près déterminé. Combien sont différentes, au contraire, les mutilations accidentelles! A peine dans une même partie, dans un même organe, voit-on deux cas qui se ressemblent parfaitement: et, quand on entreprend de les réparer, on trouve bien toutes les ressources convenables dans les divers procédés autoplastiques tels que je les ai indiqués d'une manière générale; mais il y a l'art de choisir entre ces divers procédés, et d'en faire l'application pour chaque cas en particulier, soit qu'un seul suffise, soit et à plus forte raison qu'il faille en associer deux ou même plusieurs, et les employer ensemble ou successivement? Dans les circonstances de ce genre, il y a presque toujours à créer, à imaginer, à faire autrement que d'autres n'ont fait, ou qu'on n'a fait soi-même. Le chirurgien a bien

souvent au moins à se créer des voies nouvelles ; et bien souvent aussi il lui faut abandonner ses premières inspirations, ses premiers projets, pour en concevoir de nouveaux. Et que de fois aussi, étant à l'œuvre, ne voit-il pas surgir des difficultés, des embarras qu'il n'avait pas prévus! Heureux quand il peut soudain trouver les moyens d'en triompher!

Cependant les diverses autoplasties, et par là j'entends maintenant les diverses restaurations d'organes, comportent l'application de certaines règles générales. On ne peut pas dire qu'elles soient absolument soumises au caprice, à la fantaisie, ou bien au hasard d'une inspiration. Même pour les cas les plus difficiles, les plus compliqués, il y a des principes qu'on ne pourrait pas oublier sans de graves inconvénients. Il y en a de particuliers pour chacun des procédés autoplastiques que j'ai passés rapidement en revue; il y en a pour le rapprochement pur et simple, pour le rapprochement avec extension forcée, pour la coaptation précédée de débridement, pour le dédoublement, pour l'autoplastie après formation et avec extension de bourgeons celluleux, pour l'autoplastie par glissement d'un lambeau, pour l'autoplastie avec emprunt d'un lambeau voisin, pour l'autoplastie avec emprunt d'un lambeau éloigné, ou simplement pour chacune des différentes espèces de greffe proprement dite. Il y en aurait même pour cette autre sorte de greffe qui consisterait à remettre à sa place naturelle une partie du corps qui en aurait été entièrement séparée, comme le nez, une oreille, un doigt, si une telle œuvre pouvait offrir quelque chance de succès.

Mais de tous ces procédés autoplastiques, il en est un qui

MOTT MEMORIAL LIBRARY MED. & SURG.

se prête mieux que tous les autres à être étudié et décrit particulièrement, et pour lequel on peut le mieux aussi établir quelques préceptes généraux : c'est celui qui consiste dans la transplantation d'un lambeau emprunté aux parties voisines de celle que ce lambeau doit servir à réparer. Ce procédé, c'est l'autoplastie dans toute sa pureté, ou pour dire plus exactement, c'est le procédé, sinon le plus remarquable, au moins le plus usité dans l'autoplastie proprement dite. J'espère, mon cher Lawrence, que nous tomberons d'accord sur les règles de son application. J'ai à vous exposer celles qui me semblent le mieux établies par l'expérience. Ce sera le sujet de ma prochaine lettre.

LETTRE DEUXIÈME.

Je reprends la suite de mes premières considérations, et vais vous dire, mon cher ami, quelles règles générales, suivant moi, doivent présider à toute autoplastie avec formation d'un ou de plusieurs lambeaux.

1° Parfois, en effet, il y a nécessité de faire un double emprunt aux régions voisines de l'organe à restaurer, de faire et de déplacer deux lambeaux ; et cela, parce qu'il y a un grand vide à combler, ou parce qu'il n'y aurait point assez de chances de conservation, assez d'éléments de vitalité dans un seul lambeau, ou parce que l'espace manque pour le faire d'une grandeur suffisante. Mais c'est mieux, en général, quand un seul lambeau peut suffire. Il faut, autant que possible, viser à ce but ; on évite des plaies et des cicatrices trop multipliées. D'ailleurs, généralement, deux lambeaux s'adaptent moins bien qu'un lambeau unique à une ouverture qu'il s'agit d'obturer, à un espace quelconque qu'il s'agit de combler ; et l'on dirait qu'il en coûte plus à la nature pour établir leur adhésion que pour accomplir l'adhésion d'un lambeau unique, lequel est d'ailleurs facilement soumis à l'attention et aux soins du chirurgien.

2° Qu'on suppose maintenant une autoplastie faite avec un seul lambeau, pris à l'extérieur du corps, et pour réparer une difformité extérieure ; selon que la partie à recon-

stituer est naturellement organisée de telle manière ou de telle autre, le lambeau devra être fait, soit avec la peau seulement, soit avec la peau et une couche plus ou moins épaisse des tissus sous-jacents. Mais il ne faut pas oublier qu'une aponévrose seule forme une mauvaise doublure à la peau, et que lorsqu'un lambeau à transplanter, ou à greffer, doit avoir une certaine épaisseur, c'est une bonne chose qu'il la doive à une couche de tissu musculaire.

3° Il n'est pas toujours loisible au chirurgien de choisir entre plusieurs régions voisines pour tailler le lambeau dont il a besoin. Souvent il ne peut faire d'emprunt que dans un seul sens, ou que d'un seul côté. Mais la disposition des parties se prête-t-elle à des emprunts différents les uns des autres, il y a presque toujours des motifs suffisants pour préférer une manière à une autre. En général on doit prendre le lambeau là où la peau a le plus de rapports de structure avec celle de la partie à réparer, là aussi où l'on peut croire que le lambeau sera alimenté par un plus grand nombre de vaisseaux. Dans certains cas, on choisit telle partie des téguments parce que là ils sont glabres et dépourvus de poils, et telle autre, au contraire, dans d'autres cas, parce qu'on veut utiliser une surface garnie de productions pileuses. Mais la règle prépondérante c'est que le lambeau soit taillé de manière qu'on n'ait à lui faire subir, ni un déplacement trop considérable, ni une torsion trop forte. J'ai dit déjà combien c'est chose avantageuse qu'on ait seulement à l'incliner pour en mettre la surface sanglante et les bords en contact avec les parties auxquelles il doit se réunir.

ı° Autant que les circonstances le permettent, il t le faire un peu plus grand que l'espace qu'il doit ntôt occuper, puisque, par l'effet de la rétraction tissus qui le composent, il va perdre quelque chose ses dimensions. C'est le moyen qu'il conserve le croît d'épaisseur qu'il acquiert par l'effet même de le rétraction, et qu'on ne soit pas dans la nécessité de e éprouver une distension trop forte, soit au lambeau même, soit aux parties auxquelles il doit être réuni ses bords.

5° Plus le pédicule, par lequel le lambeau est laissé ıérent, est large, plus évidemment il contient de sseaux, et plus aussi il y a lieu de compter sur la vitalité lambeau lui-même. On doit donc être attentif à ne pas p réduire les dimensions de ce pédicule, qu'il faut bien ıendant faire très étroit quand le lambeau doit éprouver déplacement considérable. En général, c'est le degré pivotement que doit subir le lambeau qui détermine la ce qu'on peut conserver au pédicule.

3° Certaines fois, un premier coup d'œil, et un coup ·il seulement, suffit pour fixer exactement et la forme lambeau, et ses dimensions, de même que la forme et la ndeur du pédicule. Mais bien plus souvent besoin est tracer par avance, avec la plume ou avec le crayon, lignes que le bistouri doit parcourir, ou de transporter la peau des mesures prises avec du papier, pour en n dessiner les contours. La prudence exige qu'on ne glige pas de telles précautions, pour peu qu'il puisse en ılter quelques avantages pour la bonne confection du ıbeau. Y renoncer, en pareil cas, serait un acte de va-

nité puérile, ou d'une confiance en soi-même qui pourra bien ne pas être justifiée par l'événement.

7° Contrairement à ce qui a été dit par quelques chirurgiens, je pense qu'il n'y a pas d'inconvénients réels ce que des branches artérielles distinctes entrent dans la composition d'un lambeau autoplastique : car, ou bien ces branches, et le plus souvent il s'agit d'une seule, ne fourniront point de ramifications au lambeau ; qu'importe alors qu'elles en parcourent la surface? seulement il aura fait appliquer une ligature sur leurs extrémités : ou bien des ramifications en partiront pour se distribuer dans l'épaisseur du lambeau ; et ces ramifications, jointes à celles dont le pédicule est déjà pourvu, seront une garantie de plus pour le travail de réunion qui doit s'accomplir. C'est une crainte chimérique que celle d'une sorte de congestion inflammatoire du lambeau, parce qu'il serait pourvu d'une trop grande quantité de vaisseaux sanguins. Cette congestion inflammatoire dût-elle se manifester, on a la ressource des saignées locales pour la combattre. Mais, dans les autoplasties, on a toujours bien plus à craindre que le lambeau ne s'affaisse, ne se flétrisse, qu'il ne se réunisse pas complétement, ou que même il ne se mortifie en partie ou en totalité. Et tous ces effets, si contraires au but qu'on se propose, dépendent plutôt de quelque langueur que d'une activité trop grande dans la circulation du lambeau ; de ce qu'il reçoit trop peu de sang que de ce qu'en reçoit une quantité trop considérable. Ainsi donc après le choix fait de la partie vers laquelle il convient le mieux de prendre un lambeau autoplastique, il serait déraisonnable d'y renoncer parce qu'on ne pourrait pas

viter de comprendre dans ce lambeau une branche artérielle d'un certain calibre.

8° Quelle que soit la suture qu'on ait par avance décidé l'employer pour maintenir en place un ou plusieurs lambeaux, il est une précaution importante à prendre, c'est de ménager les parties en pratiquant les points de la suture ; c'est de ne pas faire ceux-ci en trop grand nombre, ni, s'il faut les multiplier, de ne pas faire des piqûres trop fortes. Il faut employer des fils d'un médiocre volume pour la suture simple, et des épingles petites également pour la suture entortillée, surtout s'il s'agit de réunir un lambeau peu étendu et d'une épaisseur peu considérable. C'est une bonne idée que celle qu'on a eue de diminuer le plus possible la grosseur des épingles ou des aiguilles pour la suture entortillée, à quelque opération qu'elle se rapporte, même de substituer cette suture à la suture simple toutes les fois qu'elle est praticable ; on a bien fait aussi d'y affecter des épingles à insectes ou des aiguilles ordinaires très fines toutes les fois que la résistance ou l'épaisseur des tissus n'oblige pas à faire usage de verges métalliques d'un diamètre plus considérable.

9° Vient ensuite la manière de diriger le travail de la nature après une autoplastie quelconque. Les règles à observer se réduisent à un très petit nombre, celles du moins que je puis exposer ici ; car, bien qu'il s'agisse toujours d'un travail de réunion, ce travail ne s'accomplit pas de la même manière dans toutes les autoplasties. La nature n'y procède pas partout avec la même facilité, ni avec la même promptitude. On pourrait dire que pour les suites, comme pour ce en quoi elle a consisté primitive-

ment, chaque autoplastie a un caractère particulier. Voyez quatre ou cinq jours suffisent pour la réunion d'un bec-de-lièvre; il en faut de quinze à vingt, et quelquefois même plus, pour une entière consolidation du périnée. Dans quelques cas on peut laisser les points de suture cinq, six ou huit jours à peu près impunément, ou plutôt il faut les laisser séjourner tout ce temps-là; je ne me hasarde pas, au contraire, à retirer les fils plus tard qu'à la fin du quatrième jour après une staphyloraphie, et presque tous jours, si j'en ai placé trois, j'en retire un ou deux à la fin du troisième jour.

10° Je veux y toucher; mais il n'est guère possible d'embrasser dans un coup d'œil général toutes les complications qui peuvent se manifester, tous les accidents qui peuvent survenir, comme aussi tous les moyens d'y parer ou de les combattre. Il y en a peut-être bien plus qui sont propres à chaque autoplastie en particulier, ou même à tel ou tel des procédés, qu'il n'y en a qui sont communs à toutes; et peut-être est-il vrai de dire que chacun de ceux-ci emprunte un caractère particulier du genre même de l'autoplastie à laquelle il succède. Cela est certain surtout moins pour l'inflammation quand elle vient à se décliner au delà du degré nécessaire à l'adhésion des parties qui ont été réunies. Par exemple, celle qu'on a à redouter après la suture du voile du palais est remarquable par cette circonstance, qu'elle donne lieu à la production abondante d'une matière glutineuse, non seulement sur les bords de la division, mais encore sur toute la surface du voile du palais: c'est comme s'il s'agissait d'une angine pseudo-membraneuse. L'inflammation qui suit dans ce

tains cas la suture du périnée est plutôt phlegmoneuse, et tend à se terminer par une suppuration plus ou moins abondante dans le tissu cellulaire des grandes lèvres et de toute la région périnéale. Après une blépharoplastie, l'inflammation, si elle se développe avec un certain degré d'intensité, prend facilement le caractère d'une conjonctivite, qui des paupières peut se communiquer à l'œil, particulièrement à la cornée transparente, et entraîner la perte de l'organe. Tantôt aussi il n'y a rien à changer à ce qui a été fait, dans le but de conjurer l'orage et de calmer les accidents inflammatoires : on ne pourrait pas toucher à la suture, à moins de la détruire complétement; il faut attendre l'événement. Quelquefois, au contraire, il y a possibilité de relâcher un peu les points de suture, et il faut le faire quand il y a lieu de présumer qu'ils exercent une traction ou une constriction trop forte; ce qui n'empêche pas d'ailleurs de faire intervenir les autres moyens locaux ou généraux propres à combattre une inflammation qui menace d'être violente.

11° Et après même que le but principal a été atteint, il y a pour quelques autoplasties des soins ultérieurs que les autres ne réclament pas : tel, en particulier, celui qu'il faut avoir de séparer un lambeau des parties auxquelles il avait été laissé adhérent par une base étroite ou par un pédicule. Cela ne concerne toutefois que les cas dans lesquels on a dû faire éprouver à ce lambeau un déplacement considérable, quand on l'a fait pivoter, et que ce pédicule a subi une sorte de torsion. Il n'y a rien à faire quand il a été simplement éloigné de sa place naturelle, incliné dans tel sens ou dans tel autre, quand l'autoplastie a eu lieu

par glissement. Ici, en effet, les choses se passent comme si la réparation avait eu lieu par un simple rapprochement de parties avec ou sans extension forcée, avec ou sans débridement, ou, comme on pourrait dire encore, avec ou sans allongement artificiel : tout est accompli une fois que l'adhésion entreprise a eu lieu. Soit donc un cas dans lequel il y a à diviser le pédicule d'un lambeau autoplastique, plus ou moins contourné sur lui-même; la nécessité n'est jamais plus grande qu'après la rhinoplastie par la méthode indienne, ou bien encore après l'autoplastie appliquée comme moyen d'oblitérer les fistules vésico-vaginales suivant la première méthode proposée par M. Jobert. Eh bien, dans ces cas, comme dans tous autres analogues, on ne coupe pas immédiatement le pédicule du lambeau; on veut assurer la conservation du lambeau lui-même. Mais un moment vient où ce lambeau adhère parfaitement aux parties sur lesquelles il a été appliqué; il est rentré dans la vie commune; le sang le pénètre par tous les points de sa circonférence, même par sa surface profonde, quand cette surface était à l'état de cruentation et qu'elle a été mise en contact avec une autre surface également avivée de fraîche date : alors on divise le pédicule pour qu'il ne soit plus tiraillé, distendu, pour que le lambeau puisse suivre tous les mouvements de la partie sur laquelle il a été ajusté, pour faire disparaître autant que possible le relief, la saillie que forme le pédicule lui-même en conséquence de la torsion qu'il a éprouvée. Il y a une époque qui est la plus convenable pour opérer cette séparation secondaire; ou plutôt, il n'y a pas d'inconvénients réels à temporiser; il y en aurait, au contraire, à trop se hâter : il faut attendre au moins le moment

où la greffe du lambeau est parfaitement accomplie, où ce lambeau peut continuer à vivre sans le secours des vaisseaux qui lui étaient propres, où sa circulation est identifiée avec celle des parties sur lesquelles il a été enté. Du reste, tantôt il suffit de couper simplement le pédicule, je veux dire de le diviser seulement dans toute son épaisseur, pour que la difformité diminue par le seul fait de la rétraction des tissus ; tantôt, au contraire, il y a nécessité d'en enlever une portion, de lui faire éprouver une perte de substance réelle, ce qui produit une plaie, ou superficielle, ou profonde, qui doit guérir par cicatrisation.

12° N'ai-je pas dit précédemment que toute autoplastie avec transplantation d'un lambeau laisse une plaie qui confine plus ou moins avec la partie actuellement occupée par ce lambeau ? Eh bien ! selon que les tissus circonvoisins ont ou n'ont pas une grande extensibilité, on peut tenter de réunir cette plaie, ou bien il faut l'abandonner à elle-même et commettre à la nature le soin d'en opérer la cicatrisation. Quand il y a possibilité de combler le vide laissé par l'emprunt qui a été fait, c'est un avantage dont il faut profiter. il y aura moins de traces du dégât qu'on a causé ; on obtiendra une guérison plus prompte, et quelquefois ce sera un moyen de lutter contre la tendance qu'un lambeau autoplastique pourrait avoir à reprendre sa place primitive.

13° Mais, que dis-je ? il y a des autoplasties ou des restaurations d'organes dans lesquelles la réunion immédiate ou instantanée de la plaie qui résulte de la formation et de l'éloignement du lambeau est chose obligée : elle fait partie essentielle de la manœuvre opératoire ; sans cette

réunion il n'y aurait pas de succès possible. Par exemple, dans un éraillement de l'une des paupières supérieure ou inférieure par rétraction ou destruction d'une partie de la couche cutanée, on veut agrandir cette couche cutanée, et redresser le bord libre de la paupière ; on veut ramener ce bord à la place qu'il doit occuper naturellement, autrement que par la transposition d'un lambeau de peau emprunté aux parties voisines entre les bords d'une incision horizontale faite à la paupière : eh bien ! on taille sur cette paupière un lambeau triangulaire dont la base correspond au bord libre, et qui embrasse en partie ou en totalité la cicatrice difforme. C'est la peau seule qui forme ce lambeau. On le fait très long, on le dissèque du sommet à la base; une fois disséqué, il remonte ou descend, selon qu'il s'agit de la paupière inférieure ou de la supérieure ; le bord libre de la paupière affectée reprend plus ou moins parfaitement sa rectitude naturelle. Si les choses étaient laissées en cet état, le lambeau serait attiré par le travail de cicatrisation de la plaie, là où adhérait la portion de tégument dont il est formé ; et la difformité renaîtrait, peut-être même plus grande qu'elle n'était dans le principe : car dans tout travail de suppuration il y a destruction d'une partie des tissus qui en sont le siége ; ces tissus éprouvent une déperdition plus ou moins appréciable. Mais, à partir du sommet ou de l'angle rentrant par lequel la plaie finit à l'opposite du bord libre de la paupière qui était éraillée, rapprochez-en les bords ; que cette plaie soit réunie autant et aussi loin que l'extensibilité des tissus environnants pourra le permettre ; faites même, s'il le faut, une incision verticale de chaque côté, à quelque distance

pour relâcher la peau · la plaie étant ainsi réunie, ne serait-ce que dans l'étendue de quelques lignes, il y a impossibilité que le lambeau reprenne la place qu'il occupait. Il reste là où il a été porté par la dissection, et c'est par ce lambeau lui-même que la paupière est plus ou moins parfaitement reconstituée. Ici donc, comme on le voit, la réunion immédiate de la plaie provenant de la formation d'un lambeau fait partie intégrante et nécessaire de l'opération elle-même. C'est un des procédés pour la restauration des paupières dans les cas d'ectropion ou d'éraillement; c'est celui qui a été institué par M. Riberi, de Turin.

Maintenant que j'ai tracé ces règles générales sur les restaurations d'organes, permettez-moi, mon cher ami, d'y joindre un petit commentaire de la pensée par laquelle je suis entré en matière, et quelques remarques historiques. J'aurais pu m'en dispenser si j'écrivais pour vous seul; ce que je vais exposer vous est bien connu. Mais j'aurai probablement d'autres lecteurs, parmi lesquels il s'en trouvera qui ne sauront pas aussi bien, et qui n'apprendront pas sans intérêt par quelles vicissitudes, et aussi par quels efforts successifs la chirurgie a pris le caractère qu'elle présente de nos jours, en ce qui touche cet ordre de choses.

Oui, sans doute, nous modernes, nous pouvons nous enorgueillir de quelques brillantes conquêtes ou de grands perfectionnements en ce genre. De combien de procédés nouveaux, ou même d'opérations tout à fait nouvelles, l'art ne s'est-il point enrichi depuis vingt-cinq ou trente ans! Que de choses nous sont devenues fami-

lières, qui étaient inconnues aux chirurgiens du commencement du siècle qui s'écoule, ou qui, bien que déjà instituées, avaient été complétement dédaignées par eux! Cependant, dans cette extension si grande que la chirurgie restauratrice a prise, tout n'est pas nouveau; je viens de le faire pressentir : certaines opérations qui s'y rattachent ont été seulement tirées de l'oubli dans lequel elles étaient tombées; et, d'un autre côté, dans ce qui est innovation réelle, création proprement dite, il y a eu imitation de ce qui était fait depuis longtemps pour quelques organes. La même pensée qui avait présidé aux entreprises anciennes a fait germer les entreprises nouvelles; ce sont les mêmes procédés qui ont été mis en usage. Seulement on a affronté des difficultés qui avaient semblé inabordables, et le succès a répondu aux espérances qu'on avait conçues.

Ce qui étonne le plus, quand on réfléchit aux phases que la chirurgie restauratrice a parcourues, c'est qu'elle ait en quelque sorte pris naissance chez des peuples presque barbares, et dans des temps peu propres, à ce qu'il semble, à faire naître des inspirations heureuses en ce genre; c'est, et plus encore, que réduite pendant des siècles à l'opération du bec-de-lièvre presque exclusivement, et encore dans les cas simples, elle se soit ensuite et tout d'abord élevée à une si grande hauteur, au moins sous le rapport du procédé opératoire. Quoi de plus ingénieux à la fois, et de plus hardi, en effet, que le projet de refaire un nez qui manque, en partie ou en totalité, aux dépens des parties molles du front; que de tailler là un lambeau triangulaire qui, laissé adhérent en bas par son

sommet, est ensuite entraîné par un mouvement demi-circulaire, et à la faveur d'une sorte de torsion de son pédicule, jusque sur le milieu de la face, pour être appliqué sur la double entrée des narines, dont les bords ont été mis à l'état sanglant? Ainsi furent pratiquées les premières rhinoplasties chez les Indiens. En souvenir du procédé institué par eux pour la restauration du nez, l'usage s'est introduit, et de nos jours l'habitude est prise d'appeler du nom de *méthode indienne* toute autoplastie dans laquelle il y a transplantation d'un lambeau emprunté aux parties voisines de celle qu'on a l'intention de réparer, surtout quand on fait pivoter ce lambeau sur lui-même.

Les Indiens ont-ils pratiqué aussi la restauration des paupières, des lèvres, des joues, des oreilles? C'est ce qu'on ne sait pas positivement. S'ils ne l'ont pas fait, il y a lieu d'en être surpris; la rhinoplastie devait conduire à toutes ces autres restaurations. Il est certain, au moins, que dans nos temps modernes elle en a été comme la souche; elle a servi de point de départ pour presque tout ce qui a été fait en ce genre de choses. Mais peut-être avons-nous seulement donné une nouvelle vie à ce qui déjà avait existé, sans qu'on en ait eu jamais connaissance.

La rhinoplastie elle-même, tout ingénieuse, tout importante qu'elle soit en elle-même, et bien que destinée à corriger l'une des difformités les plus choquantes, n'avait jamais joui d'une grande faveur. Elle avait reçu un éclat passager d'un procédé nouveau imaginé en Italie par Branca, et tant préconisé par Tagliacozzi, dont il porte le nom; mais elle était retombée dans l'oubli, ou n'avait été

pratiquée que de loin en loin, un petit nombre de fois, tantôt par cette méthode italienne, tantôt par la méthode indienne, lorsque, il y a quelque trente ans, elle fut de nouveau préconisée par un chirurgien anglais. Ce chirurgien, M. Carpue, n'a guère acquis d'autres droits à la renommée, et malgré les efforts qu'il a pu faire, malgré ceux de Dieffenbach, la rhinoplastie ne semble pas destinée à prendre rang parmi les opérations très ordinaires de la chirurgie. C'est une des restaurations les moins utiles; elle est bien compliquée pour le bénéfice qu'elle procure: on peut, non pas, il est vrai, refaire l'organe qui manque, mais déguiser la difformité que cause la destruction du nez par une simple prothèse qui dispense d'un moyen cruel, et qui ne compromet pas la vie. Je ne pense pas, cependant, qu'elle doive être abandonnée complétement. Quelques cas se présentent dans lesquels on peut y recourir avec quelque avantage. Je l'ai faite quelquefois déjà, ainsi que je vous le dirai bientôt plus particulièrement, sans m'être repenti de l'avoir conseillée, ou d'avoir cédé au désir des malades.

Mais en essayant de faire revivre la rhinoplastie, M. Carpue a, sans l'avoir voulu, donné à la chirurgie restauratrice une impulsion qui ne s'est point encore ralentie, et qui chaque jour produit encore de nouveaux résultats. Peut-être aussi que le moment était arrivé où, pour ce qui concerne la restauration ou la reconfection de nos organes, la chirurgie devait prendre un nouvel essor. Certes, il ne serait pas déraisonnable de supposer que le retour à la rhinoplastie n'a été que l'annonce ou le signal de cette disposition d'esprit qui a porte presque à la même

époque tant de chirurgiens à rivaliser de zèle pour étendre l'art de réparer les difformités. Que de choses ont été ou tout à fait créées, ou portées à une admirable, à une étonnante perfection! Que de conquêtes réelles depuis vingt-cinq ou trente ans seulement! Pour être juste cependant, il ne faut pas oublier que, bien avant ce temps, déjà notre Chopart avait proposé de reconstituer la lèvre inférieure après qu'elle a été enlevée par un cancer très étendu, en amenant au-devant de la mâchoire inférieure un lambeau des téguments de la région sus-hyoïdienne du cou, et que lui-même avait mis ce projet à exécution. Mais combien d'autres procédés de chéiloplastie sont venus se placer à côté de celui-là!

Presque à la même époque aussi, deux autres chirurgiens français, Noël et Saucerotte, n'avaient-ils pas eu, chacun séparément, la première pensée de la périnéoraphie? Pour remettre cette opération en honneur, et pour la rendre d'un succès presque certain, tandis qu'après eux on avait cru devoir l'abandonner, il m'a fallu seulement aviser à un procédé différent de celui que ces deux chirurgiens avaient mis en pratique : c'est le seul mérite que je puisse m'attribuer, après la pensée d'essayer de nouveau une restauration qu'on croyait ne devoir jamais réussir. Et, en scrutant avec soin les archives de la science, ne trouve-t-on pas quelques indices de tentatives faites pour réparer les divisions natives de la voûte et du voile du palais? Déjà Jourdain avait proposé de provoquer le rapprochement des deux parties de la voûte par une double compression exercée sur les côtés de l'arcade alvéolaire : d'une autre part, je consens volontiers, ou je ne répugne point à voir

une véritable staphyloraphie dans une opération pratiquée par un dentiste habile du milieu du siècle dernier, qui avait nom Lemonnier, opération dont les détails sont rapportés, un peu vaguement toutefois, dans un ouvrage obscur qui a pour titre : *Traité des principaux objets de médecine*, par Rebert. Il est question d'un enfant, d'un palais fendu depuis le voile jusqu'aux dents incisives, d'un avivement des bords de la fente, d'une suture et d'un rapprochement qui fut suivi de la guérison. Tout cela est assez positif, comme le dit très bien M. Velpeau dans sa *Médecine opératoire;* et soit qu'on ait agi sur la voûte palatine, soit, comme cela est plus vraisemblable, que l'opération ait été pratiquée sur le voile du palais, il y aurait là le germe de la staphyloraphie, ou plutôt c'est la staphyloraphie elle-même, sur laquelle avait été jeté le voile de l'oubli.

Ainsi donc, quelques unes au moins de ce que nous appelons les autoplasties, ou les restaurations d'organes, avaient vu le jour; elles avaient été essayées, mais timidement, et bientôt abandonnées. Toutes les premières tentatives dont je viens de parler ont été comme autant de germes qui ont eu besoin d'une nouvelle fécondation, et qui, vivifiés de nouveau, devaient se développer eux-mêmes et faire éclore d'autres productions.

Vous le voyez, elles appartiennent toutes à la chirurgie française. Le sol qui les a vues naître, plus tard n'a pas été stérile. Pardonnez-moi ce petit sentiment d'orgueil national : de tous les derniers travaux par lesquels s'est agrandie la chirurgie restauratrice, de toutes les opérations nouvelles qui ont pour but de ramener à leur état normal

certains organes affectés de telle ou telle autre difformité, d'en rétablir la continuité, quelquefois même de réparer des pertes de substance en ajoutant à des parties ce qui leur manque, ou ce qui paraît leur manquer, un bon nombre ne sont-ils pas d'origine française? En parcourant les principales restaurations d'organes, celles dont on s'est le plus occupé, on voit le nom de quelque chirurgien de notre nation attaché à tel ou tel des perfectionnements qu'elles ont subis, ou même à l'invention de plusieurs d'entre elles : c'est Delpech pour la rhinoplastie; c'est M. Serre, de Montpellier, pour la génoplastie et la chéiloplastie; c'est M. Velpeau pour l'obturation des ouvertures fistuleuses de la trachée-artère ou du larynx; c'est M. Lallemand, c'est M. Jobert, c'est M. Gerdy, pour la restauration du vagin et de la vessie dans les cas de fistules vésico-vaginales chez la femme; c'est mon homonyme, M. Roux, de Saint-Maximin, encore pour la chéiloplastie, etc.

Mais à l'Angleterre, mais à l'Italie, mais à l'Allemagne revient aussi une bonne part dans toutes ces conquêtes de la chirurgie moderne; à l'Allemagne particulièrement, qui peut être fière avec raison de ce qu'ont fait sous ce rapport, et Graefe, et Dieffenbach. Quelques chirurgiens américains ont eux-mêmes paru dans ce mouvement progressif de la chirurgie réparatrice. Il n'y a pas jusqu'à l'Espagne, nation si intelligente, mais jusqu'à présent si froide et si indifférente à l'endroit des conquêtes de la chirurgie, qui n'ait aussi payé son tribut. Je lisais dernièrement avec intérêt des observations et des considérations pratiques sur la blépharoplastie, publiées par M. Hyzern,

très habile chirurgien de Madrid, dont les efforts, joints à ceux de quelques autres hommes formés comme lui à l'école de Paris, tels que MM. Tocca, Sahora, etc., ne tarderont pas à donner de l'éclat et de la renommée au grand hôpital et au collége Saint-Charles de Madrid.

Chose singulière! quelques unes des plus belles et des plus heureuses conquêtes de la chirurgie restauratrice ont une double origine : elles ont vu le jour deux fois presque en même temps, dans des pays différents; elles ont germé presque au même moment dans l'esprit d'hommes différents, qui n'avaient pu s'entre-communiquer leurs pensées. Ainsi en a-t-il été pour la staphyloraphie, créée derechef par M. Graefe, de Berlin, et par moi; ainsi encore pour la périnéoraphie, à laquelle songeaient M. Montain, à Lyon, et M. Dieffenbach, à Berlin, presque en même temps que je m'en occupais moi-même, et qu'elle devenait dans mes mains une opération d'un succès assuré dans le plus grand nombre des cas, par la seule substitution de la suture enchevillée à la suture entortillée. Au reste, c'est ce qui a eu lieu pour beaucoup de découvertes ou d'inventions dans les sciences, dans les arts : on dirait que les progrès de l'esprit humain sont soumis à de certaines lois, et que, pour chaque invention ou pour chaque découverte, il y a un temps, une époque, un moment où elle doit éclore pour ainsi dire infailliblement.

Peut-être m'est-il permis de dire que, dans ce champ si ardemment et si heureusement cultivé des organoplasties, je n'ai pas été simple spectateur et témoin oisif des la beurs d'autrui. Peut-être pensez-vous, mon cher ami, que j'en ai remué certaines parties avec quelque bonheur;

peut-être même vous semble-t-il que j'ai quelque peu contribué à donner l'impulsion. Et en effet, à l'exception de la rhinoplastie et de la suture de la lèvre dans le bec-de-lièvre congénial, presque tout était à faire ; on n'avait encore presque rien tenté, en fait de restauration des parties molles ou superficielles ou profondes de la face, avant mes premières staphyloraphies, avant quelques cas de reconstruction des lèvres et des joues que je vais bientôt vous faire connaître en détail. Mais il ne m'appartient pas de déterminer au juste ce qui me revient dans cette partie des acquisitions modernes de la chirurgie. Je n'écris point une histoire des progrès de l'art, dans laquelle je devrais me montrer ou juste ou sévère envers moi-même, pour avoir le droit de l'être envers les autres. Je ne compose pas non plus un de ces ouvrages didactiques dans lesquels il peut y avoir nécessité de discuter l'origine des notions ou des faits qui doivent entrer dans l'histoire de chaque chose. Non, et je dois le dire encore au moment où je vais commencer une première exposition des résultats de mon expérience personnelle, ce qu'il faut s'attendre à trouver ici, ce que je veux seulement y déposer, c'est ce que j'ai vu, c'est ce que j'ai fait. Mon ouvrage est comme un navire qu'un armateur aurait chargé des seuls produits de son sol et de son industrie.

LETTRE TROISIÈME.

BLÉPHAROPLASTIE ; RHINOPLASTIE ; GÉNOPLASTIE ; CHÉILOPLASTIE.

I.

Besoin était, mon cher Lawrence, que j'exposasse les vues générales qui précèdent sur les autoplasties considérées dans leur ensemble, et dans ce qu'elles ont de commun, avant de mettre en œuvre les faits qui concernent chacune d'elles en particulier. Je me trouve ainsi dispensé de certains détails, très convenables peut-être dans un ouvrage didactique, mais qui seraient tout à fait superflus, ou hors de place, dans un travail du genre de celui que j'ai entrepris. Surtout j'évite des répétitions qui, en allongeant ce travail, en auraient éloigné le terme sans avantage aucun pour le but que je me suis proposé.

Je commence par les restaurations diverses de la face. C'est au visage que se présentent les occasions les plus communes d'appliquer les ressources de la chirurgie restauratrice ou autoplastique. C'est là aussi que les résultats qu'on obtient sont à la fois les plus brillants et les plus utiles ; brillants, puisque par eux disparaissent des difformités désagréables, quelquefois même repoussantes ; utiles, puisque dans chaque cas en particulier il y a rétablissement d'une fonction qui était suspendue, ou tout au moins dérangée, par le fait même de la difformité à laquelle

on a remédié. Ainsi l'olfaction recouvre-t-elle son intégrité naturelle après la rhinoplastie. Ainsi par la blépharoplastie, l'œil est-il rendu plus habile à la vision en même temps qu'il est de nouveau protégé contre certaines injures des corps extérieurs. Ainsi, de la restauration d'une joue ou des lèvres, surtout dans les cas où ces parties étaient le siége d'une perte de substance un peu étendue, résultent la conservation de la salive dans la bouche, et de nouveau une mastication facile, sans compter ce que peuvent gagner les autres actions auxquelles la joue et les lèvres concourent.

Pour arriver à ces résultats, il y a parfois de grandes difficultés à vaincre. Et pourtant où trouve-t-on réunies comme au visage tant de dispositions organiques favorable à la fois pour la manœuvre opératoire et pour le succès des entreprises les plus hardies? Ne semble-t-il pas que la face, et toutes les parties qui confinent plus ou moins immédiatement avec cette région aient été organisées comme pour y rendre plus facilement applicables, et applicables avec espoir de succès, les procédés autoplastiques? Du moins, et sans supposer ici une prévoyance qui ne pouvait entrer dans le plan de la nature, on peut dire que l'art a su utiliser d'heureuses particularités d'organisation. Voyez; presque partout, les parties molles du visage jouissent d'une grande souplesse, d'une grande extensibilité, et se prêtent à éprouver un grand allongement, ou même un déplacement véritable : partout, elles sont pourvues de beaucoup de vaisseaux, de beaucoup de nerfs; elles sont animées d'une grande puissance vitale; la circulation s'y fait avec une grande activité. Si ce n'est dans deux ou trois

points très limités où elle est très mince, la peau présente une épaisseur moyenne qui permettrait de l'employer seule à former des lambeaux autoplastiques. D'un autre côté, presque partout des muscles la doublent, y adhèrent intimement, lui forment comme une sorte de panniculе charnu; car c'est elle que ces muscles sont destinés à faire mouvoir: ces muscles peuvent donc entrer dans la composition des lambeaux, quand il faut donner à ceux-ci une grande épaisseur; et soit qu'il faille transplanter des lambeaux, soit qu'il y ait à réunir de simples plaies, la coaptation est établie entre des surfaces larges, elles-mêmes formées de parties qui sont étroitement unies les unes aux autres.

II.

Déformations diverses et restauration du pavillon de l'oreille.

On n'a jamais pensé, je le crois du moins, à refaire le pavillon de l'oreille détruit ou enlevé complétement. En effet, où prendrait-on toute la peau qui serait nécessaire pour former cette sorte de conque? Comment pourrait-on transformer un lambeau pris sur une région voisine en un pli libre sur ses deux surfaces et adhérent par une partie seulement de sa circonférence? Comment donnerait-on à ce repli la fermeté et l'espèce de rénitence que le pavillon doit au fibro-cartilage qui entre dans sa composition? Comment lui donnerait-on des bords gracieusement contournés, comme ceux que présente la conque? Comment ferait-on pour que ses surfaces, la surface externe particulièrement, présentassent des reliefs, des anfractuosités?

On ne pourrait avoir qu'un simulacre de pavillon, qu'une partie informe vicieusement configurée. Mieux vaut mille fois corriger la difformité par l'application d'une conque artificielle coloriée de manière à imiter la teinte naturelle de la peau, et formée d'une substance qui soit de nature à augmenter l'intensité des sons en les réfléchissant.

Mais rien n'empêcherait de tenter le recollement et l'adhésion nouvelle du pavillon dans un cas où il viendrait d'être détaché de la région temporale par un instrument tranchant, et où il en serait séparé presque complétement, ou même complétement. La seule occurrence fâcheuse serait que la réunion ne se fît pas et que le pavillon se sphacélât. Mais on peut aussi non seulement, réunir toutes les simples plaies récentes de la conque, avec la suture ou sans la suture, comme celles de toutes les autres parties du corps, mais encore faire disparaître des divisions anciennes, dont les bords se sont cicatrisés isolément. Bien entendu que de telles divisions doivent être ramenées aux conditions de plaies récentes par l'avivement de leurs bords. Cela peut être fait sur toutes les parties de la circonférence de la conque. On a dû le faire bien souvent pour les fentes du lobule auxquelles expose l'usage de bijoux trop pesants, ou qu'on a vu quelquefois résulter de tractions très fortes exercées sur l'oreille au moyen des anneaux qui y étaient suspendus. Pour mon compte, j'ai eu trois ou quatre occasions de réparer des déformations du lobe de l'oreille qui avaient l'une et l'autre origine. Trois ou quatre fois pareillement j'ai fait disparaître de semblables mutilations qui avaient leur siége sur d'autres parties de la conque. Dans un de ces derniers cas même, ce n'était pas

d'une simple division qu'il s'agissait, il y avait division avec perte de substance; et je suis parvenu à redonner au pavillon, à très peu près, sa conformation naturelle: mais il était plus petit que celui du côté opposé.

III.

Déformations diverses et restauration des paupières; blépharoraphie et blépharoplastie.

J'accepte volontiers le mot de blépharoplastie par lequel on a désigné, depuis quelques années, l'opération qui a pour but de rendre à l'une ou à l'autre paupière sa forme et ses dimensions naturelles, quand les dimensions et la forme en sont changées par le fait d'une perte de substance, quand dès lors il y a à réparer cette perte de substance. Mais je ne voudrais pas qu'il impliquât l'idée d'une opération unique, constamment régulière, soumise à des règles fixes, et susceptible d'une application à peu près uniforme dans les différents cas auxquels elle se rapporte. Tel n'est pas, à beaucoup près, le caractère de la blépharoplastie. Loin de là; c'est peut-être, de toutes les opérations du même genre, la moins semblable à elle-même dans les diverses circonstances qui la nécessitent, celle qui comporte le plus de variétés dans la manière d'y procéder. Peut-être n'a-t-elle jamais été pratiquée deux fois de la même façon : c'est d'elle qu'il faut dire, plus que de toute autre, que, dans chaque tentative nouvelle, il y a à changer, à modifier ce qui a été fait dans d'autres circonstances à peu près analogues, et en quelque sorte à créer de nouveau.

Et d'abord, tantôt on a à réparer une difformité qui est constituée depuis longtemps, et d'autres fois, au contraire, c'est sur une plaie récente qu'il faut agir. Le plus ordinairement même cette plaie a été faite, ou vient d'être faite par la main du chirurgien. C'est ce qui a lieu lors de l'ablation de certaines tumeurs qui avaient envahi, et cela dans une étendue plus ou moins considérable, toute l'épaisseur de l'une ou de l'autre paupière, ou même des deux.

Puis, ce n'est pas toujours dans le même sens que la restauration est à faire. Quelquefois c'est dans le sens transversal; c'est dans leur longueur, ou ce qu'on peut appeler leur diamètre horizontal, que l'une ou l'autre paupière, ou toutes les deux, ont éprouvé une perte de substance, ou qu'elles sont le siége d'une division avec écartement des bords. Celle-ci est donc verticale ; et c'est tantôt au milieu, tantôt vers les extrémités, aux angles, soit en dehors, soit en dedans, vers l'angle externe ou vers l'angle interne, que manque une partie de la paupière.

Dans d'autres cas, au contraire, rien ne manque à la paupière ou aux paupières dans le sens de leur longueur; que dis-je? il y a élongation du bord libre, qui même, au lieu d'être droit, présente une courbure insolite : c'est la hauteur qui a diminué. C'est dans ce dernier sens qu'a eu lieu une perte de substance, soit de la couche cutanée seulement, soit de la peau et d'une partie des tissus qui lui sont sous-jacents. Dans les cas de cette sorte, la paupière affectée est comme rétractée dans le sens vertical, en même temps qu'elle est maintenue immobile loin de

la place qu'elle devrait occuper, et qu'elle occupe quand l'œil est clos. Le clignotement ne se fait plus qu'à demi; il n'a plus lieu que par le mouvement de la seule paupière qui est saine. Bien souvent il y a procidence, boursouflement de la conjonctive palpébrale, qui, dans tous les cas, est à découvert et continuellement exposée à l'impression de l'air et des corps extérieurs. Tout cela constitue ce que, pour la paupière inférieure, on nomme *ectropion* ou éraillement, et ce qui, pour la paupière supérieure, a reçu le nom de *lagophthalmie*.

Il est remarquable que la lagophthalmie existe bien plus souvent que l'ectropion de la paupière inférieure sans boursouflement, sans hypertrophie de la membrane muqueuse. Cela tient en partie à la différence de hauteur des deux paupières, mais bien plus encore à ce que la paupière supérieure est pourvue d'un muscle élévateur; car si ce muscle est conservé lorsqu'une cause quelconque entraîne le retrait du bord libre de la paupière vers la base de l'orbite, s'il peut agir encore, il doit jusqu'à un certain point mettre obstacle au renversement de ce bord libre. Il faut ajouter qu'à cette paupière supérieure la conjonctive étant, plus qu'à la paupière inférieure, assez intimement unie aux autres couches membraneuses sous lesquelles elle est placée, le dédoublement est plus difficile; et c'est une sorte de dédoublement qui a lieu quand, pour l'une comme pour l'autre paupière affectée d'un ectropion, la conjonctive se montre à découvert et plus ou moins tuméfiée.

Et pour l'ectropion proprement dit, j'entends pour celui de la paupière inférieure, comme pour la lagophthalmie,

que de variétés, ou plutôt que de nuances quant au degré de la déformation que la paupière a éprouvée! Il n'y a pas jusqu'à l'état des parties circonvoisines de la paupière affectée qui ne puisse imprimer un caractère particulier à la déformation elle-même, qui ne soit une source de variétés dans les cas pour lesquels on peut songer à entreprendre une blépharoplastie, et qui ne puisse modifier l'indication, ou, plus encore, la manière de procéder à l'opération. Tantôt ces parties circonvoisines sont dans l'état normal, malgré le changement que la paupière a subi : nonobstant la circonstance qui a fait naître ce changement, elles ont conservé leur intégrité naturelle, surtout leur souplesse, leur extensibilité : s'il doit leur être fait quelque emprunt, rien n'enchaînera la main du chirurgien ; il aura toute latitude pour agir de la manière la mieux appropriée au caractère, aux dispositions propres de la difformité qu'il s'agit de réparer. D'autres fois, au contraire, il y a altération de la peau dans le voisinage de la paupière déformée; et cette altération peut être légère, et aussi très limitée, c'est-à-dire exister sur tel point ou sur tel autre seulement, comme elle peut être très forte et aussi étendue que possible. Ce sont toujours des cicatrices continues à celle dont la paupière elle-même est le siége, développées sous l'influence de la même cause, en conséquence du même accident, ainsi qu'on le voit à la suite de certaines brûlures du visage, ou bien consécutivement à des affections gangréneuses, à des blessures, à de grandes ulcérations, etc., etc. Elles sont quelquefois si étendues, si fortes, si inégales, si adhérentes aux tissus qui leur sont sous-jacents, qu'on ne peut en tirer au-

cun parti : elles mettent obstacle à toute tentative de restauration. Alors qu'elles sont plus limitées et moins désavantageusement constituées, elles embarrassent encore, obligent à l'emploi de procédés qu'on voudrait pouvoir éviter; et toujours fâcheuse est la nécessité où l'on peut être, dans les autoplasties avec emprunt fait aux parties voisines, d'entamer des tissus cicatriciels, de les faire servir à reconstituer une partie.

Le dirai-je à cette occasion? quelque part que ce soit, le tissu cicatriciel n'a pas la même contexture que la peau dont il tient lieu; il est plus ferme, plus dense, plus serré; il est moins pourvu de vaisseaux, il a moins de vitalité; et pourtant, s'il vient à être divisé, il s'enflamme facilement; et, par l'inflammation, il se ramollit promptement. A cause de cela, il supporte moins bien que la peau l'action des fils, des aiguilles, quand il fait partie d'une plaie qui a été réunie par la suture : l'inflammation purement adhésive ne s'y établit pas aussi franchement, n'y marche pas aussi régulièrement que dans la peau; ce qui rend toujours incertaine la réunion immédiate ou la greffe d'une portion d'un tel tissu avec une portion de téguments sains.

Tant de variétés dans les mutilations, ou dans les déformations des paupières qui sont susceptibles d'être réparées, tant de variétés aussi dans les circonstances qui les accompagnent, devaient faire naître bien des procédés différents de blépharoplastie. Comment, en effet, pourrait-on appliquer un seul et même mode de restauration à des cas si divers? Nulle autre part, on n'est, autant qu'aux paupières, obligé d'imaginer quelque

chose de particulier, ou tout au moins de modifier ce qui a été fait, pour tel ou tel autre cas particulier. C'est vraiment chose difficile que de décrire avec une certaine précision les manières diverses dont on peut agir sur l'une ou sur l'autre pour les restaurer. Cela serait tout au plus convenable dans un ouvrage didactique. Franchement, d'ailleurs, je n'ai point été dans le cas de pratiquer moi-même toutes les sortes possibles de blépharoplasties. J'en ai fait quelques-unes seulement, mais assez néanmoins pour bien connaître les difficultés qu'on peut avoir à vaincre dans certains cas, pour être convaincu aussi que si l'on voulait donner des descriptions générales, avec la prétention de les faire exactes et précises, ces descriptions seraient confuses et décevantes. Permettez donc, mon cher ami, que je me borne à quelques remarques générales, et à la relation de quelques faits particuliers.

I. Ce qu'il y a de plus simple, en fait de restauration des paupières, c'est la réunion d'une fente verticale, ou le rapprochement des deux portions égales ou inégales d'une paupière divisée dans une partie seulement ou dans la totalité de sa hauteur ; et c'est ce qu'on a à faire bien plus souvent à la paupière supérieure qu'à la paupière inférieure. On procède comme dans l'opération si commune qu'on pratique aux lèvres dans le bec-de-lièvre congénial ou dans quelque division accidentelle, soit récente, soit ancienne, de l'une de ces parties. Pour cela, cependant, il faut que la division de la paupière soit sans perte de substance; et, alors même qu'il en est ainsi, il faut s'attendre à quelques difficultés, tant à cause de la présence du globe de l'œil,

que parce qu'il faut agir sur des parties très minces et d'une contexture délicate. Il est heureux qu'il y ait au bord libre de chaque paupière cette bande fibro-cartilagineuse que nous nommons le *cartilage tarse*, et que là on puisse toujours pratiquer un point de suture solide. La suture entortillée et la suture simple conviennent à peu près également. Pour mon compte, cependant, je préfère la suture entortillée, pour laquelle on peut se servir de ces petites épingles ordinaires connues sous le nom de *camions*, ou bien d'épingles à insectes.

Je n'ai fait que deux fois la blépharoplastie du genre dont il s'agit, ou ce que j'appellerais plus volontiers la blépharoraphie simple : dans les deux cas il y a eu consolidation de la paupière. C'était la paupière supérieure qui était le siége de la solution de continuité.

Dans l'un de ces deux cas la division de la paupière était toute récente; les bords en étaient encore sanglants. Le sujet était un jeune garçon de sept à huit ans qui, en tombant près d'un pan de bois, avait eu la paupière saisie de dessous en dessus, ou du dedans au dehors, puis transpercée et déchirée de haut en bas par un long clou à crochet qui faisait saillie sur ce pan de bois. Chose singulière, l'œil n'avait éprouvé aucune atteinte; et, ce qui n'était pas moins remarquable, c'est que, malgré la résistance qu'avait dû opposer le cartilage tarse, les bords de la division étaient nettement tranchés comme ils auraient pu l'être dans une plaie faite par un instrument tranchant. Je pratiquai seulement deux points de suture.

L'autre fois j'avais à entreprendre de faire disparaître un coloboma, c'est-à-dire, une division ou fente de la

paupière qui existait depuis longtemps, et dont les bords étaient cicatrisés; elle n'était pas congéniale. Je n'ai même jamais observé de coloboma de cette dernière sorte; et, soit dit en passant, malgré ce qui a été avancé par quelques auteurs, j'ai peine à croire que l'une des deux paupières, ou la paupière supérieure, en particulier, soit susceptible d'un vice originel de conformation comparable au bec-de-lièvre de la lèvre supérieure. Dans le cas dont je parle, le coloboma avait succédé à une plaie faite par un corps contondant. On n'avait pas pu réunir cette plaie; et comme l'œil avait été lui-même entamé par le corps vulnérant, une inflammation violente s'en était emparée. Il s'était légèrement atrophié, et la cornée avait complétement perdu sa transparence naturelle. Trois ou quatre ans s'étaient écoulés depuis l'accident, lorsque je fus prié de remédier au coloboma, qui rendait impossible l'application d'un œil artificiel. Il y a de cela une quinzaine d'années : c'était en 1839. Le sujet avait alors quatorze ans. C'était une jeune demoiselle, dont je ne puis indiquer ni le nom, ni la position dans le monde, bien que je ne l'aie jamais perdue de vue entièrement, et que je sois à même de la voir quelquefois. Mais devenue dame, et placée dans un rang assez élevé, elle peut croire qu'on ignore, ou plutôt voudrait bien qu'on ignorât qu'elle fait usage d'un œil d'émail. J'ai eu à aviver les bords de la solution de continuité comme dans une opération de bec-de-lièvre, et j'ai dû mettre trois épingles pour la suture entortillée.

II. Les difficultés sont plus grandes lorsque la division est avec perte de substance. C'est ce qui a lieu après l'ablation d'une tumeur qui occupait la partie moyenne de l'une

des paupières, en s'étendant jusque sur le bord libre, ou bien après la séparation d'une escarre. Les choses étant ainsi, il y a impossibilité d'opérer par un simple rapprochement des deux parties de la paupière qui sont conservées, à cause de l'intervalle trop grand qui les sépare. D'un autre côté, on ne peut guère songer à combler le vide au moyen d'un lambeau pris soit au front, soit à la joue, selon qu'il s'agirait de la paupière supérieure ou de la paupière inférieure, et qu'on ferait pivoter sur lui-même. Il semble, du moins, qu'on n'obtiendrait de cette manière qu'une restauration bien imparfaite, pour ne pas dire très vicieuse : car une surface sanglante serait mise en contact avec l'œil ; et la base du lambeau formerait une partie du bord libre de la paupière complétement dépourvu de cils. Je ne conçois qu'un procédé méthodique et rationnel pour le cas que j'ai supposé. Il faudrait diviser la paupière par une incision verticale au niveau de la commissure externe. Cela permettrait le rapprochement immédiat des deux bords, égaux ou inégaux, réguliers ou irréguliers de la division que présente la partie moyenne. De cette manière on aura déplacé la solution de continuité, ou la mutilation de la paupière. Il s'agira ensuite de réparer cette mutilation nouvelle, moins désavantageusement située que la première, au moyen d'un emprunt fait soit à la région temporale, soit à la région malaire. Cela pourrait être fait sans délai : on pourrait attendre aussi, pour voir quel sera le résultat de la consolidation de la plaie nouvelle, soumise aux seuls soins de la nature.

III. Dans d'autres circonstances, au lieu qu'une perte de substance de l'une ou de l'autre paupière existe à la partie

moyenne, c'est tout à fait en dehors ou en dedans, au niveau de l'une ou de l'autre commissure, qu'elle a son siége. Il n'y a plus, à proprement parler, de commissure; il n'y en a réellement plus quand les deux paupières sont affectées simultanément. Il est clair qu'un tel désordre n'est réparable qu'aux dépens des parties voisines. On ne peut suppléer à ce qui manque qu'au moyen d'un lambeau emprunté soit au front, soit, et mieux en général, à la région temporale, ou bien à la région malaire de la face. Le choix du lieu où ce lambeau doit être pris, sa forme, sa grandeur, doivent varier selon les cas : pareillement la manière dont il doit être amené à la rencontre des parties auxquelles il doit être réuni par ses bords. Heureux les cas dans lesquels il n'y a à lui faire subir qu'une simple inclinaison. J'ai pu priser jusqu'à quel point cela est avantageux dans un cas assez récent où j'avais eu à faire l'ablation d'une tumeur cancéreuse qui occupait l'angle externe de l'œil, et qui anticipait notablement sur l'une et sur l'autre paupière.

Observation. — Cette tumeur se prolongeait derrière l'apophyse orbitaire externe, assez profondément même : elle devait avoir envahi la glande lacrymale; car après avoir eu enlevé toutes les parties affectées, je trouvai complétement libre la fossette que cette glande occupe, et même près de la base la paroi externe de l'orbite était dénudée. J'avais compris toute la partie extérieure de la tumeur entre deux incisions semi-elliptiques très allongées, réunies sur une ligne verticale, et j'avais été dans la nécessité de retrancher une portion de chacune des deux paupières, dont les parties conservées éprouvèrent une rétraction notable. Il fallut remplir le vide laissé par cette ablation, et chercher à rattacher les paupières à la fois l'une à

avec le bord libre naturel était cicatrisée. Un moment vint où il aurait été convenable de compléter cette paupière, ou de la relier aux parties molles du front et de la région temporale : cela devait être facile ; pour cela il aurait suffi de faire descendre jusqu'au niveau du bord libre un petit lambeau triangulaire, taillé horizontalement aux dépens des parties molles qui confinaient le plus immédiatement avec la base de l'orbite. J'aurais presque garanti le succès de cette petite blépharoplastie secondaire : mais le malade, dont le domicile habituel était Besançon, et qui venait de faire un assez long séjour à Paris, où il était venu exprès avec le seul désir d'être délivré du mal dont il redoutait les progrès, se contenta du résultat que j'avais obtenu. Tout en comprenant bien ce que je voulais faire, et l'avantage qu'il y aurait pour lui à ce que la paupière supérieure fût disposée comme l'était l'inférieure, il fut dominé par l'appréhension de nouvelles souffrances, et ne put se résigner à subir une nouvelle opération, quelque légère qu'elle dût être. Il me quitta donc, en conservant à la paupière supérieure une marque trop apparente de ce qui avait été fait. Mais s'il n'y avait point eu restauration de cette paupière au moyen d'un lambeau taillé dans le sens vertical et incliné horizontalement, la même manière de procéder avait parfaitement réussi pour la paupière inférieure.

IV. Vient maintenant la blépharoplastie pour les cas dans lesquels c'est la hauteur des paupières qu'il s'agit d'augmenter. On ne peut pas refaire dans ces cas toute une paupière ; je veux dire, on ne peut pas la reproduire dans toutes ses parties constituantes. Les couches extérieures, et la peau particulièrement, sont les seules parties auxquelles on puisse ajouter ; encore faut-il pour cela que le bord libre subsiste ; car, c'est à ramener ce bord libre déformé sur la ligne qu'il devrait occuper, et qu'il n'occupe plus, c'est à lui rendre sa rectitude natu-

relle, c'est à faire que les cils qui le garnissent puissent encore ombrager l'œil, en même temps que la paupière plus développée protégera de nouveau cet organe contre l'action des corps extérieurs, que tendent toutes les blépharoplasties de l'ordre dont il s'agit maintenant. Elles s'appliquent spécialement à l'ectropion par destruction ou par rétraction de la couche cutanée des paupières, soit à celui de la paupière inférieure, qui est l'ectropion proprement dit, soit à celui de la paupière supérieure, qui est plus particulièrement désigné sous le nom de *lagophthalmie*.

Toutefois, pour reconstituer, ou plutôt pour restaurer d'une manière à peu près satisfaisante une paupière plus ou moins fortement éraillée, il n'est pas toujours besoin d'emprunter aux parties voisines, et de faire une greffe proprement dite : les propres éléments de la paupière suffisent dans certains cas pour la reconstituer ; ou si je veux m'exprimer autrement, c'est en agissant sur elle-même qu'on la répare. Des deux paupières, c'est l'inférieure qui se prête le mieux à ce dernier genre de restauration, parce que naturellement elle a peu de hauteur, et parce que dans les opérations entreprises pour faire cesser l'éraillement dont elle peut être le siége, ce n'est pas chose indispensable que son bord libre soit ramené très haut sur la partie antérieure de l'œil. Que ce bord avoisine l'œil seulement, et qu'il ait repris à peu près sa direction naturelle, cela suffit ; et l'on peut obtenir ce résultat de différentes manières, sans pièce ajoutée, sans blépharoplastie proprement dite.

Vous le savez, mon cher Lawrence, il y a au moins le procédé fort ancien d'Antyllus, qui consiste dans l'excision

d'un lambeau triangulaire de la conjonctive palpébrale seulement, lambeau dont la base doit correspondre au bord libre et comprendre tout l'intervalle des deux commissures; puis le procédé de votre William Adams, dans lequel un petit lambeau, à base supérieure, et qui comprend toute l'épaisseur de la paupière, étant enlevé, on réunit par la suture les deux lèvres de la plaie avec perte de substance qui résulte de cette ablation; enfin, le procédé de M. Riberi, dans lequel un lambeau très allongé, à base inférieure pour la paupière d'en haut, à base supérieure pour la paupière d'en bas, est taillé aux dépens de la peau seulement, puis disséqué du sommet vers la base jusque près de celle-ci; après quoi on l'abandonne au mouvement ou d'abaissement ou d'ascension qu'il est facile alors de faire exécuter au bord libre de la paupière; on a ensuite à réunir dans la plus grande étendue possible, par quelques points de suture, les deux bords de la surface, ou de la plaie devenue libre par le déplacement de ce lambeau. Je ne parle ni du procédé de Celse, c'est-à-dire de la simple incision, ou transversale ou semi-lunaire, pratiquée sur la peau rétractée, ou sur une cicatrice formant bride, moyen qui, d'après ce que l'expérience a démontré, est plus propre à augmenter qu'à diminuer la déformation de la paupière; car toute plaie faite sur une cicatrice ancienne doit, par le fait même de sa consolidation, ajouter à l'effort de traction opéré par cette cicatrice : ni du procédé de Bordenave, qui consiste dans l'excision faite parallèlement au bord libre de la paupière du bourrelet que forme la membrane conjonctive dans certains ectropions, procédé

que Bordenave avait principalement institué pour
lement sans rétraction de la couche cutanée d
pières, c'est-à-dire pour l'ectropion par simple h
phie de la conjonctive. Appliqué à l'éraillement pro
dit, ou à l'ectropion avec perte de substance ou ré
des téguments de la paupière, ce procédé de Borde
serait vraiment qu'une imitation de celui d'Antyll

Je n'ai jamais mis en usage ce procédé d'Antyll
M. Velpeau dit avoir employé une fois avec un
avantageux. Ce devait être dans un cas où l'éra
était peu considérable. Je ne comprends guère,
que consécutivement à la seule excision d'un
triangulaire de la membrane conjonctive, il ait pu
redressement du bord libre de la paupière, exten
la peau, élargissement de toute la paupière, s'il s
d'un ectropion porté à un haut degré.

Le procédé de M. Riberi m'inspirerait plus
fiance : cependant je suis encore à en faire l'app
Cela a tenu à ce que depuis qu'il a été répandu
monde chirurgical, j'ai vu peu de cas pour les
m'ait paru convenir particulièrement. Pour ce
même je n'ai pu oublier les succès que j'avais
par la méthode d'Adams. Je me suis laissé aller à
qui m'avait conduit à d'assez bons résultats. C'est
j'ai fait, il n'y a pas très longtemps encore, sur u
homme de vingt et un ou vingt-deux ans, fils d'u
dant de M. le comte de J .., chez lequel il rest
du Faubourg-Saint-Honoré.

Observation. — Un éraillement assez considérab
paupière inférieure du côté droit s'était formé chez

homme, à la suite d'une affection gangréneuse de la face. J'avais été témoin des premiers développements de la difformité : on m'avait consulté alors que les plaies provenant de la séparation des escarres de la joue et de la paupière n'étaient point encore entièrement cicatrisées. J'avais pensé qu'il valait mieux attendre pour agir que l'ectropion fût constitué, et que la cicatrice eût parcouru toutes ses phases, c'est-à-dire qu'elle eût toute la souplesse qu'elle pouvait acquérir avec le temps. Je voulais aussi que toute trace de l'état fluxionnaire qui avait dû accompagner le travail de la cicatrisation eût disparu. Lorsque le moment fut arrivé d'entreprendre de corriger la difformité, et le jeune homme étant venu à Paris, peu s'en fallut que je n'employasse le procédé, je dirais presque la méthode de M. Riberi. Que dis-je? ce fut d'abord une chose décidée dans mon esprit: l'état des parties sur lesquelles j'avais à agir me semblait favorable, et j'étais désireux de connaître par moi-même la valeur de ce procédé. Mais à l'instant d'agir je me ravisai, et dominé par la force de l'habitude, j'usai du procédé qui m'était familier depuis longtemps : je pratiquai l'opération d'Adams. Heureusement elle a réussi à peu près aussi bien que je pouvais l'espérer.

Par l'excision de la partie la plus arquée, le bord libre de la paupière est remonté assez pour qu'on n'aperçoive plus la partie inférieure de l'œil. J'avais eu recours à la suture entortillée pour rapprocher les deux côtés de la plaie qui résultait de cette excision, et j'avais placé trois aiguilles, dont une, la supérieure, traversait le cartilage tarse. Après que j'eus retiré ces aiguilles, il y eut un petit écartement des bords de la plaie au niveau du bord libre ; mais cet écartement a cessé après quelques cautérisations avec le nitrate d'argent, et n'a laissé d'autre trace qu'une très légère échancrure, ou plutôt une très légère dépression qu'on ne distingue qu'en examinant la paupière d'un peu près.

Ce fait n'a rien d'extraordinaire assurément, rien même de bien remarquable : c'est le plus récent, mais il n'est que

l'analogue d'un assez grand nombre d'autres que je me garderai bien de rapporter en détail. Les premiers datent d'une époque déjà assez éloignée. Ils sont du temps où, après avoir fait connaître en France le procédé d'Adams, à mon retour du premier voyage que je fis à Londres, en 1814, je saisis les premières occasions qui me furent offertes d'expérimenter ce procédé, qui était alors tout nouveau, ou dont nous n'avions pas eu connaissance. Ces premiers cas, j'ai pu les rapporter dans la relation de ce voyage à Londres. En tout, y compris le cas que je viens d'exposer succinctement, j'ai eu recours dix-sept fois au procédé d'Adams pour restaurer les paupières éraillées; je me trompe, ç'a toujours été pour la paupière inférieure; et sur un sujet l'opération a été pratiquée des deux côtés successivement. J'ai presque constamment réussi. Trois fois seulement, la réunion ne s'est point accomplie; une inflammation violente a causé la tuméfaction des bords de la plaie, et leur déchirure par les aiguilles. J'en conviens, peut-être dans ces cas où l'opération a été faite sans succès, avais-je eu trop de confiance dans la méthode; peut-être, à raison de l'abaissement considérable et de l'incurvation très forte du bord libre de la paupière, m'avait-il fallu faire éprouver à ce bord une perte de substance assez considérable, ou bien en avais-je, sans nécessité absolue, retranché un peu trop, faute d'avoir pris des mesures exactes, ou pour avoir dépassé les limites que j'avais établies en premier lieu. Tout prévenu que je suis en faveur de la méthode d'Adams, que j'ai pratiquée si souvent et qui m'a si souvent réussi, je reconnais un degré d'éraillement au delà duquel cette méthode

est impraticable; elle convient d'autant mieux que l'éraillement est moins fort; et les cas les plus favorables encore sont ceux où la cicatrice, en forme de bride, qui tient la paupière abaissée, agit plus au milieu que sur les extrémités. Alors, en effet, les parties du bord libre à conserver sont déviées le moins possible de leur direction naturelle; et généralement aussi la peau qui se trouve au-dessous est peu altérée par la cicatrice. Au reste, un soin important, quand on croit pouvoir appliquer la méthode d'Adams à la restauration d'une paupière éraillée, c'est de mesurer à plusieurs reprises la portion de cette paupière qui doit être enlevée, en pinçant la partie la plus incurvée du bord libre; c'est aussi de tracer avec de l'encre ou un crayon dermographique, les limites du lambeau à retrancher : le moment décisif arrivé, on porte l'instrument tranchant plutôt un peu en dedans qu'en dehors des lignes qui ont été tracées. Mieux vaut s'exposer à ce que le bord de la paupière soit un peu moins relevé, et présente encore après la réunion des deux parties conservées une légère dépression, que d'encourir les suites fâcheuses d'une perte de substance trop étendue.

Ce procédé d'Adams semble le seul mode de restauration de la paupière auquel on puisse songer, lorsqu'il y a destruction d'une portion un peu étendue du bord ciliaire. Sans doute par la blépharoplastie proprement dite, c'est-à-dire avec emprunt d'un lambeau aux parties voisines, on peut ajouter à la couche cutanée, remplacer la portion de téguments qui manque, et donner ainsi à la paupière une hauteur qu'elle n'avait pas; mais on ne peut pas suppléer à la partie du

bord libre qui a été détruite : il faut la réserver pour d'autres cas.

Étudions donc ensemble maintenant, mon cher ami, cette blépharoplastie avec emprunt, ou par addition d'une lanière ou d'un lambeau de téguments détaché d'une région voisine de l'orbite. Quoiqu'elle soit fort en faveur maintenant, et que beaucoup de chirurgiens au moins la préfèrent à l'autre méthode dont je viens de rappeler les différents procédés, ma pensée est cependant qu'il faut la considérer comme une ressource extrême, et qu'on ne doit y avoir recours que lorsque le procédé d'Adams est impraticable. Sans doute le résultat qu'on obtient par l'application de ce procédé n'est pas parfait; il reste une cicatrice verticale; et le bord libre, au lieu d'être parfaitement droit, présente bien souvent une petite échancrure qui termine cette cicatrice. Mais loin d'être moindres, les vestiges de l'autre sorte de blépharoplastie sont encore plus apparents. A la double cicatrice horizontale qui correspond aux deux bords du lambeau, se trouve jointe a cicatrice de la plaie qu'on a dû faire pour obtenir ce lambeau, qui d'ailleurs, là où il a été greffé, conserve rarement son état primitif. Tantôt il est bombé, saillant et forme un relief choquant à la vue; tantôt il paraît comme flétri; et bien rarement après une blépharoplastie de l'espèce dont il s'agit en ce moment, la paupière restaurée présente-t-elle une surface cutanée égale et régulière: à quoi il faut ajouter que si le lambeau autoplastique a été posé au milieu d'une cicatrice inégale et gaufrée, ainsi que cela a lieu fréquemment, l'état de sa surface contraste d'une manière désagréable avec celui des parties

circonvoisines. Cependant ces inconvénients fussent-ils plus grands encore, des circonstances se présentent dans lesquelles il faut, ou abandonner la difformité à elle-même, ou bien recourir à cette transposition d'un lambeau de téguments emprunté aux parties voisines pour augmenter la hauteur de la paupière.

Il y a préalablement à préparer la place de ce lambeau : c'est ce qu'on fait en pratiquant une incision horizontale à la paupière. Selon la disposition des parties, selon aussi que le lambeau doit être pris sur tel point ou sur tel autre, cette incision doit être faite tantôt assez près, tantôt, au contraire, à une certaine distance du bord libre. Il arrive quelquefois, à la paupière supérieure particulièrement, que la cicatrice provenant de la maladie qui a précédé l'ectropion est déprimée et enfoncée sous le rebord orbitaire. Dans ce cas, et pour donner à la paupière nouvelle la disposition la plus régulière possible, il faut presque toujours détruire cette cicatrice. On parvient ainsi à rendre mobile le bord libre de la paupière, à effacer la courbure qu'il présentait, et à le ramener plus ou moins parfaitement sur le globe de l'œil. Un grand écartement s'établit alors entre les lèvres de l'incision qui a été pratiquée. C'est cet écartement qu'il s'agit de remplir; c'est ce vide qu'il faut combler avec une portion de peau empruntée aux parties voisines. Ici trouvent leur application les règles générales que j'ai tracées précédemment; du moins il y a à les suivre en les accommodant à la disposition propre de la région affectée, et de l'organe qu'il s'agit de restaurer.

Généralement un seul lambeau suffit : généralement aussi ce lambeau unique doit être plus long que large, et repré-

senter dans sa partie principale, dans celle qui sera libre un moment, une ellipse allongée. On le taille près de l'un des angles de la plaie sur laquelle il doit être appliqué, et de manière qu'il tienne à cet angle par la portion qui en formera la base étroite ou le pédicule. C'est chose heureuse quand la disposition des parties permet que son grand diamètre forme un angle aigu, ou approchant seulement de l'angle droit avec celui de la plaie; en d'autres termes, qu'il ait la direction la plus rapprochée possible de la direction verticale : alors, en effet, une inclinaison légère suffit pour le mettre en contact avec la surface qu'il doit recouvrir. S'il fait un angle très ouvert avec cette surface, on est forcé de lui faire subir ou une inclinaison très forte, ou même une torsion à tel degré ou à tel autre, toujours d'autant plus forte que l'angle est plus ouvert. Je l'ai dit, dans tout lambeau autoplastique les chances de conservation de la vie sont toujours affaiblies par la torsion du pédicule de ce lambeau, et d'autant moindres que cette torsion est plus forte, à cause de l'obstacle qu'elle fait naître dans la circulation des vaisseaux nourriciers.

C'est donc une question, dans toute blépharoplastie, de savoir où il convient le mieux de prendre le lambeau ; et, cela, à cause de l'état singulièrement variable des parties circonvoisines de la paupière à restaurer ; et parce qu'il faut, autant que possible, former ce lambeau d'une portion saine de téguments. Tel cas pourrait se présenter où, pour remplir cette dernière condition, il y aurait nécessité, et nécessité absolue d'emprunter le lambeau à la partie moyenne du front ou sur l'un des côtés du nez. Mais,

n'était une circonstance impérieuse, il faut oublier ces régions, toujours assez mal disposées pour fournir, soit à la paupière inférieure, soit à la supérieure, un lambeau un peu étendu, et sur lesquelles une plaie laisserait une cicatrice trop apparente. Autant que cela est possible, c'est sur les parties adjacentes à la demi-circonférence externe de l'orbite que l'emprunt doit être fait, soit sur la région temporale même, soit en même temps sur cette région et sur la partie la plus voisine du front, soit plus bas et en se rapprochant de la région malaire, ou même tout à fait sur cette dernière. Il n'y a pas de règles précises à établir sur la manière de tailler le lambeau, pas plus que sur la longueur et la largeur à lui donner. C'est une manière différente de faire dans chaque cas en particulier, à cause du degré différent de la rétraction éprouvée par la couche extérieure de la paupière, et de la grandeur plus ou moins considérable de l'espace qu'il s'agit de combler, après qu'on a divisé les cicatrices qui formaient bride.

On ne peut pas dire non plus avec précision comment doivent se correspondre le grand diamètre de cet espace et le grand diamètre du lambeau, je veux dire sous quel angle ils doivent être réunis. En effet, comment établir cela d'une manière générale, puisqu'une indication importante à remplir, c'est de former le lambeau là où la peau a le plus conservé son intégrité naturelle. Il y a donc pour chaque cas particulier une manière de procéder qui est préférable à toutes autres. Le mieux, toutefois, c'est que le lambeau et la plaie se joignent sous un angle peu ouvert. Alors, en effet, le pivotement du lambeau est peu considérable, et le pédicule ne subit qu'une torsion très légère. Déjà cette

Je m'abstiens d'entrer dans les détails de ce cas, remarquable seulement par le motif qui m'a dirigé dans le parti que j'ai pris. Je crois devoir pareillement me dispenser de décrire les deux autres. Ce n'est pas qu'ils n'aient eu chacun aussi un caractère particulier ; ce n'est pas qu'ils ne m'aient offert un certain intérêt. Mais je ne pourrais pas présenter pour type, pour modèle, et comme devant être imité dans d'autres cas, ce que j'ai eu à faire, tant sont variées les circonstances dans lesquelles on peut avoir à entreprendre la blépharoplastie. Je ne saurais trop le dire, il est besoin de s'ingénier dans chaque cas particulier, pour faire une heureuse application, soit des règles générales relatives à toutes ou au plus grand nombre des autoplasties, soit de celles qui concernent plus spécialement la blépharoplastie, et que j'ai tracées plus haut.

Dans chacun de ces deux autres cas, l'opération que j'avais pratiquée a eu tout le succès qu'on pouvait raisonnablement en attendre, au moins pour ce qui était de l'adhésion du lambeau, et d'une bonne conformation de la paupière : c'était une fois à la paupière supérieure, et dans l'autre à la paupière inférieure. Mais j'ai eu le chagrin de perdre l'un des deux sujets : il a succombé à un érysipèle de la tête qui s'est déclaré au dixième jour après l'opération, et lorsque suppurait encore un peu la plaie provenant de la formation du lambeau. C'était une jeune fille de vingt ans, assez heureusement partagée sous le rapport des agréments de la figure, et qui devait réellement profiter de l'heureuse issue de cette blépharoplastie, qu'elle avait tant désirée. Comme une autre jeune femme qui avait eu

à subir, presque en même temps, une suture du périnée, dans des circonstances d'ailleurs très favorables, et dont je rapporterai le cas plus tard, elle fut victime d'une de ces épidémies d'érysipèles que nous voyons se déclarer si souvent dans nos hôpitaux, et qui, certaines fois, sévissent d'une manière si fâcheuse sur les sujets atteints de maladies chirurgicales. Celle de la fin de l'été et du commencement de l'automne, de 1847, a été une des plus remarquables que j'aie vues à l'Hôtel-Dieu depuis que je suis dans cet hôpital. C'est son influence qui a causé les deux tristes événements que je viens de rappeler.

IV.

Déformations diverses et restauration du nez : rhinoplastie.

En somme, on trouverait bien autant d'occasions de restaurer le nez de telle manière ou de telle autre, autant de cas du moins où cette restauration serait de mise, que de cas qui comportent un procédé quelconque de blépharoplastie. Il s'en faut bien cependant que la première de ces deux choses soit aussi souvent pratiquée que la seconde; et, cela est vrai, surtout pour la restauration complète du nez. C'est que, si choquante que soit la difformité qui résulte de la destruction d'une grande partie du nez, elle l'est peut-être moins que l'éraillement un peu considérable de l'une des paupières; c'est qu'on peut la pallier, jusqu'à un certain point, par des moyens artificiels; c'est qu'à peine est-elle accompagnée de quelques incommodités; c'est qu'à cause de tout cela, on voit peu de sujets, parmi ceux qui en sont atteints, qui manifestent

un pressant désir d'en être délivrés. Beaucoup se refusent à supporter une opération, toujours assez grave, on peut le dire, tout au moins cruelle, en vue d'un avantage assez précaire. Car, il faut bien le reconnaître, et ne pas faire, au nom de l'art, des promesses mensongères : par la rhinoplastie la plus heureuse on n'obtient jamais qu'une reproduction imparfaite du nez. A moins qu'une partie de la cloison des narines, subsistant encore, n'ait pu servir de point d'appui, on crée seulement un monticule aplati, une proéminence informe, circonscrite par une cicatrice, et surmontée par une autre ; et ce monticule ne s'harmonise guère mieux avec les autres parties de la face que ne le fait un nez artificiel et amovible.

Tout cela explique comment, sans qu'elle soit entièrement abandonnée, et tout en comptant encore parmi les opérations régulières de la chirurgie, la rhinoplastie ne jouit plus maintenant d'une grande faveur, au moins pour les cas dans lesquels il s'agirait de rétablir ou de refaire le nez complétement. Ce qu'on fait plus volontiers, ce qu'on peut entreprendre avec plus d'avantages, ce sont des demi-rhinoplasties, des rhinoplasties partielles, telles que la restauration de l'une des ailes du nez détruite en totalité, ou en partie seulement ; telles encore que l'occlusion d'une ouverture plus ou moins étendue avec perte de substance des cartilages, ou des os propres, ouverture placée tantôt près de la racine du nez, tantôt, au contraire, près de la base, sur l'un des côtés, ou sur la partie moyenne, et laissant voir l'intérieur des narines. J'ai fait une rhinoplastie de cette dernière sorte, il y a quelques années, sur un jeune homme qui précédemment

avait été le sujet d'un cas très remarquable sur lequel je vous dirai ici quelques mots, mais dont je déposerai les détails autre part.

Ce jeune homme avait eu la face horriblement déformée par un énorme polype fibreux développé dans la narine droite. Après avoir produit, au plus haut degré possible, l'ampliation de cette narine, en pénétrant même dans celle du côté gauche, la tumeur s'était portée du côté du pharynx, puis s'était fait jour, en partie à l'extérieur de la face par une ouverture au côté droit du nez avec ulcération de la peau, et vers l'intérieur de la bouche par une perforation de la voûte du palais. Après bien des tentatives inutiles pour faire l'ablation de ce polype par les seules voies naturelles, je me décidai à ouvrir largement les narines en avant; et, pour cela, je formai, de toute la partie droite du nez, un grand lambeau au moyen d'une première incision sur la ligne médiane, incision qui comprenait toute la hauteur du nez, et d'une autre qui, pratiquée horizontalement au-dessus du sourcil, se joignait à angle droit avec la première. Je n'eus à agir que sur des parties molles; les parties solides du nez avaient été détruites par la tumeur. Je pus donc facilement renverser le lambeau en dehors. A la faveur de cette voie nouvelle, la tumeur fut sapée à sa base avec des instruments divers, et enlevée complétement. Ailleurs, je décrirai plus particulièrement les manœuvres de l'opération. Des points de suture entortillée ayant été faits pour rattacher le lambeau aux parties dont il avait été séparé, la réunion s'est opérée de la manière la plus heureuse, et n'a laissé pour traces que des cicatrices simplement linéaires. Cela se passait vers la fin de l'année 1843. La maladie ne s'est point re-

tés inouïes contre lesquelles j'avais à lutter ont dû se enter certaines fois à d'autres chirurgiens, et peut-être n déjà songé à les surmonter de la même manière. prendrais, sans en être surpris, que je n'ai point eu le ite de l'initiative pour un procédé qui ne demandait ni rand effort de génie ni beaucoup d'audace. Pour moi, leurs, l'œuvre a été rendue plus simple par la des-tion de l'os propre du nez, puisque je n'ai eu à diviser des parties molles. Mais, au besoin, je ne reculerais , comme peut-être n'a-t-on pas reculé, devant la néces-d'entamer cet os, de le séparer de son congénère, de séparer aussi d'avec le frontal et l'os maxillaire supérieur, r le faire entrer dans la composition d'un lambeau, tain que je serais d'obtenir le rétablissement de ses nexions naturelles. Il y a maintenant, pour des diffi-tés du genre de celles que j'avais éprouvées, le procédé itué par M. Nélaton.

BSERVATION. — Mais sans que la figure de ce jeune homme rien de repoussant, ni même de très extraordinaire, le nez, ré d'une grande portion de ses parties osseuses, était resté

s'étaient cicatrisés. Celle du nez constituait seuleme
formité, très apparente à la vérité, et qui ne pouva
difficilement palliée. Celle de la voûte palatine étai
la cause d'une grande altération dans le timbre de l
était l'état des choses lorsque le jeune homme, que
à plusieurs reprises depuis le moment où il avait su
tion dont j'ai indiqué seulement les principales circ
se présenta à moi de nouveau au du mois d'avri

Depuis longtemps déjà il avait pris l'habitude
l'ouverture de la voûte palatine avec une petite
charpie, comme j'ai vu d'autres personnes tenir une
ouverture exactement close avec du papier ramolli,
penser ainsi de l'usage d'un obturateur mécani
retirait l'avantage d'avoir la voix très nette et
tout à fait normale, tant que par une telle oc
l'ouverture toute communication était intercepté
bouche et les narines. Mais il voulait que cette oc
rendue définitive; il venait près de moi pour que j'a
la promesse que je lui avais faite de faire disparaîtr
ration de la voûte palatine. Il ne désirait pas moins,
peut-être même plus encore, que j'entreprisse de fe
verture qui se trouvait sur le côté droit du nez, très
ligne médiane. C'est par celle-ci que je commença

Cette ouverture était à peu près ovalaire : elle ava
timètre d'étendue dans le sens de son petit diamètre
horizontal, et son grand diamètre vertical en avait deu
celui-ci était donc double du premier. J'eus d'abord l'i
tailler un lambeau triangulaire avec la peau de la ré
sale du nez en dedans ou à gauche de l'ouverture. C
aurait eu sa base en bas et son sommet en haut ; il
laissé adhérent par son sommet. Je l'aurais détaché
haut ; après quoi il eût été amené par un mouvem
zontal sur l'ouverture de manière à la couvrir ent
pour ensuite être fixé par quelques points de sutur
opposé de cette ouverture, préalablement avivé ou n

nt. Mais j'avais déjà légèrement entamé la peau, là où par avance marqué la base du lambeau, et soudain donnai mon premier projet. Je m'aperçus que la peau onsidérablement amincie, et qu'avec le soin que je devais e de ne point pénétrer dans la narine, parce qu'autre- j'agrandirais l'ouverture dont je voulais obtenir l'occlu- ne formerais qu'un lambeau trop peu épais, dans lequel ne se maintiendrait pas. Je remarquai, au contraire, que é opposé à celui où je devais d'abord emprunter ce lam- c'est-à-dire en dehors ou à droite de l'ouverture, les ents voisins étaient plus épais, bien nourris et fort mo- ur la branche montante de l'os maxillaire. En les déta- du bord même de l'ouverture, en détruisant leurs adhé- profondes dans une certaine étendue, enfin en y faisant ction transversale, en bas d'abord, puis en haut, si cela écessaire, je devais pouvoir les déplacer, les étendre sur rture du nez et les réunir à la peau, préalablement avivée, rmait le bord gauche de cette ouverture.

projet secondaire, je l'ai mis à exécution, et mon attente remplie. Il a même suffi de débrider la peau à la partie eure, ce qui a produit une sorte de lambeau en forme erre : je n'ai point eu à faire subir, à ce lambeau, une ion très considérable pour l'amener à la rencontre des s auxquelles je voulais le réunir. Ayant éprouvé quelques ultés pour placer convenablement de petites épingles, à de l'inégalité du plan sur lequel il fallait les faire ma- rer, j'ai dû renoncer à la suture entortillée : il m'a fallu yer la suture simple ou entrecoupée. J'ai fait quatre assez rapprochés les uns des autres, afin d'opérer une ation exacte et régulière. Quoiqu'elle fût un peu mince et due, la peau a résisté à l'action de ces points de suture, ai laissés en place cinq jours seulement. Après ce temps rties que j'avais rapprochées étaient parfaitement réunies. nion s'est maintenue, sans la plus petite lacune, sans indre hiatus. Toute trace de l'ouverture avait entièrement

disparu; ou pour mieux dire, là où cette ouverture, si pour la partie affectée, avait existé, on ne voyait plus cicatrice linéaire. Cette cicatrice ajoutait à peine à ce avait d'un peu défectueux dans la conformation gén nez par suite de la déperdition que les os avaient épr

Des deux difformités que le malade avait con à la suite de l'opération si grave sans laquelle on jamais pu le délivrer de sa première affection des n la plus visible, la plus apparente était réparée. chose moins urgente d'attaquer l'autre, puisque c homme faisait aisément cesser l'altération du timb voix en fermant l'ouverture de la voûte palatine petit bouchon de charpie ou de papier. Nous étio venus, toutefois, que je tenterais sur lui une pala après la disparition de l'ouverture du nez. La p opération ayant réussi, ce devait être pour lui un ragement à subir la seconde. Mais je ne sais quelle capricieuse s'est emparée de son esprit. Au mo j'allais m'occuper de cette autre restauration qu réussi, comme la première, je l'espérais du moi voulu me quitter pour quelque temps, me prometta à la vérité, de revenir à l'Hôtel-Dieu, où, à deux an ment d'intervalle, la chirurgie avait été pour lui d si puissante et si efficace. Probablement donc je le r probablement aussi, un peu plus tôt ou un peu pl j'aurai à rétablir chez lui la continuité de la voûte p et je désire avoir à raconter un nouvel événeme reux quand j'en serai à exposer les faits que je sur les diverses sortes de restauration du voile d et de la voûte palatine.

Deux fois seulement l'occasion m'a été offerte de reconstituer l'une des ailes du nez qui avait été détruite, dans l'un des deux cas par un ulcère vénérien, et dans le second en conséquence de l'ablation d'un tumeur cancéreuse. Dans les deux cas, sans avoir obtenu un retour parfait du nez à sa conformation naturelle, et bien que la partie restaurée ne présentât, ni la surface avec saillie et méplat, ni le bord terminé en bourrelet échancré, qui distinguent l'aile du nez dans son état naturel, j'avais fait disparaître une grande échancrure qui rompait la symétrie du visage, et laissait voir une partie de la cloison des narines. Il n'y avait plus rien de très choquant dans la disposition du nez. Pour l'un et pour l'autre cas j'avais suivi le même procédé. J'avais emprunté le lambeau autoplastique à la joue. Ce lambeau avait été taillé en dehors et un peu au-dessous de l'échancrure qu'il devait bientôt occuper. Il était formé seulement de la peau et de la couche la plus superficielle des muscles sous-jacents, et avait une direction à peu près verticale. De ses deux bords, l'un antérieur ou interne et l'autre postérieur ou externe, le premier était un peu convexe, et l'autre tout à fait droit. Celui-ci, une fois le lambeau lui-même relevé, devait correspondre à l'entrée de la narine, et le bord convexe devait être mis en rapport avec la partie cintrée de l'échancrure, régularisée et rafraîchie par avance. C'est ainsi, en effet, que les choses se passèrent. La jonction fut établie à l'aide de quelques points de suture simple. C'est avec de petites épingles, au contraire, et au moyen de la suture entortillée, que je parvins à rapprocher les deux bords de la plaie qui se trouvait là où le lambeau avait été pris; car

qu'il soit possible de voir. Assez peu de temps avant que je fisse cette dernière, j'ai été sur le point d'en entreprendre une autre dans un cas où il y aurait eu à faire une restauration presque générale de la figure. Ce devait être sur un sujet qui m'avait offert une des plus horribles comme des plus étranges difformités du visage qui puissent être. Un tel cas, ne fût-il pas sans exemple, n'a dû être observé que bien rarement, et peut-être ne l'a-t-il jamais été avec les mêmes circonstances exactement. J'avais déjà refait ou rétabli l'ouverture de la bouche qui n'existait plus, lorsque, pour des raisons que je vous dirai bientôt, je renonçai à entreprendre la restauration du nez. J'abandonnai pareillement le projet que j'avais conçu de faire disparaître un éraillement considérable de l'une des paupières inférieures. Vous verrez plus bas si j'ai été trop timide, ou si seulement j'ai agi avec prudence. C'est dans l'article concernant la génoplastie et la chéiloplastie, que je placerai la relation de ce fait. Il s'y rapporte, en effet, puisque c'est seulement sur les anciennes parties constituantes de la bouche et des joues qu'une œuvre réparatrice a été accomplie.

Je reviens aux deux rhinoplasties proprement dites que j'indiquais à l'instant, comme étant les seules, vous disais-je, que j'aie pratiquées. Mais une description un peu détaillée de chacun de ces deux cas n'offrirait pas un grand intérêt. Je me bornerai à l'indication succincte de ce qu'ils m'ont paru avoir de plus remarquable. Il y a eu succès dans l'un et dans l'autre sous ces différents rapports, que l'opération n'a suscité aucun accident; que le lambeau pris au front, et formé de toute l'épaisseur des parties molles de cette région, moins le périoste, s'est parfaitement adapté

à l'ouverture des narine
à l'état sanglant; qu'au
manqué; que la réunion
souhaitable; et que la
travail naturel de la cica
couverte d'une cicatrice p
après en avoir eu porté
suffisante du pédicule s
les deux cas plusieurs p
les deux cas aussi j'ai
pédicule du lambeau ap
beau lui-même : je le
faire saillie à mesure qu
du front.

Ainsi donc, dans ces c
du lambeau autoplastiqu
bien différent chez les d
sujet. J'ai presque regrett
quelques semaines seule
où l'opération avait été p
affaissé et flétri; il a co
quelque peu de la teinte
ment, et s'est changé e
plus disgracieuses. Heur
qui avait déjà atteint l'âg
aux travaux des champs,
le désir d'une transform
faut dire que la destructi
d'une ancienne maladie v
de la cloison nasale n'étai

qui tenait la place du nez, de telle sorte que le lambeau n'avait pu y trouver un point d'appui.

Observation. — L'autre sujet, au contraire, était une jeune fille nommée Zéphirine Bénitat', domestique, qui, âgée seulement de vingt et un ans, souffrait beaucoup moralement de la perte de son nez, et pouvait espérer jouir longtemps des avantages attachés à une restauration tant soit peu satisfaisante de cette partie. Elle entra à l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre 1850. La mutilation de sa figure était le résultat d'un accident, et datait déjà de trois années : cette fille avait eu le nez saisi et emporté par un chien furieux, mais non atteint d'hydrophobie. Au moment de l'accident, de petits lambeaux des téguments avaient été enlevés, les bords de la plaie avaient été comme ébarbés, pour donner à cette plaie une apparence plus régulière ; et le fait est que l'ouverture à bords cicatrisés qu'on voyait là où aurait dû être le nez, était nettement circonscrite, et parfaitement symétrique. Dans tout le pourtour, les téguments jouissaient de leur intégrité naturelle. La jeune fille était d'ailleurs forte, bien constituée ; elle nourrissait un vif désir d'être soumise à tout ce que l'art pouvait entreprendre pour faire disparaître toute trace du malheur qu'elle avait éprouvé, ou du moins pour rendre sa difformité moins choquante. J'allais oublier de mentionner deux choses remarquables dans cette difformité : 1° une petite portion du nez subsistait encore au-dessous du front ; 2° la cloison des narines proéminait quelque peu à la partie moyenne de l'ouverture.

Combien de circonstances favorables se trouvaient réunies chez cette jeune fille, qui permettaient d'espérer un succès plus réel à tous égards que celui que j'avais obtenu dans l'autre cas ! Je n'ai pas été trompé dans mon attente : après une opération qui a été d'une exécution facile, dont les suites immédiates ont été pareillement des plus simples et des plus heureuses, la greffe du lambeau s'est accomplie d'une manière parfaite ; et tel le nez nouveau s'est montré dans les premiers temps, tel il

s'est tenu pendant les qu
soumise à mon observati
fin de février 1851, après
retourner dans son pays
tement un peu éloigné d
sure de connaître son éta
la persistance du résulta
joindrai-je une représen
ayant rapport à des cas p
dont il vient de s'agir. P
plastie heureuse, a déjà
très fréquent, n'a du res
dessin que j'en donnerai
un nouveau spécimen de
trop petit nombre de circ

LETTRE QUATRIÈME.

V.

Déformations diverses et restauration des lèvres et des joues : génoplastie et chéiloplastie.

Bien rarement, sans doute, a-t-on vu l'une des joues, manquant en partie, ou bien étant le siége d'une ouverture avec perte de substance, sans quelque autre difformité de la face, sans quelque destruction concomitante du nez, ou des lèvres. Je conçois cependant la possibilité d'un tel cas; mais, pour mon compte, je ne l'ai jamais observé, et l'occasion ne m'a jamais été offerte de pratiquer une génoplastie pure et simple. Vous allez bientôt voir qu'une fois je suis parvenu à reconstituer la joue, et même une partie du nez, mais c'était après avoir eu restauré la lèvre supérieure, et cela dans un cas où toute une moitié de cette lèvre, la partie latérale correspondante du nez et la joue avaient été détruites, et manquaient simultanément. Quant à la destruction de la joue, en partie ou en totalité, les autres parties de la face conservant leur intégrité, je me rappelle seulement le fait suivant : il remonte au temps, déjà bien éloigné, où, livré à l'enseignement particulier, je fournissais à de nombreux élèves les moyens de se livrer aux travaux anatomiques. Un jour, parmi les sujets, destinés à la dissection, qui avaient été amenés à mon amphithéâtre, on en vit un dont la joue gauche présentait une marque

complétement la difformité. C'était un de ces cas pour lesquels la chirurgie de nos jours ne se déclarerait probablement pas impuissante. Je ne dirai pas toutefois comment il faudrait agir, ou comment j'agirais en pareille occurrence. Car, en fait d'autoplastie appliquée aux difformités accidentelles, il faut avoir chaque cas sous les yeux pour trouver le procédé opératoire qui convient le mieux. Ainsi que je l'ai déjà dit, ce serait œuvre vaine de donner *à priori* des préceptes, de tracer des règles spéciales. Tout au plus peut-on s'inspirer un peu de ce qui a été fait précédemment, dans des circonstances plus ou moins analogues, pour des cas à peu près semblables. C'est pour cela que les faits curieux et rares méritent d'être recueillis et déposés dans les archives de la science, puisque, indépendamment de l'intérêt inhérent à chacun d'eux, en particulier, chacun aussi peut recéler le germe de ce qu'il y aurait à faire dans des cas analogues, voire même dans des cas un peu différents.

Je n'ai donc pas de faits qui me soient propres concernant la restauration d'une joue, en particulier, ou relativement à ce qu'on est convenu d'appeler la génoplastie. Mais peu de praticiens, je le crois du moins, en ont recueilli autant, et de plus curieux que ceux que je possède, sur la restauration des lèvres et des joues dans des cas autres que cette division congéniale de la lèvre supérieure qui constitue le bec-de-lièvre. Peut-être même m'est-il permis de dire que c'est par quelques uns de ces faits que la voie a été ouverte, il y a quelque vingt-cinq ou trente ans, pour la réparation des grandes difformités accidentelles de la bouche et des parties adjacentes. Si, depuis ce temps,

nt de l'ablation d'une partie plus ou moins considé-
'une des lèvres dans toute son épaisseur, les plaies
un désordre difficile à réparer, et dans lesquelles
t être embarrassé de savoir où et de quelle manière
nter ce qui doit servir à combler le vide que pré-
'une des lèvres. De telles plaies sont bien rarement
ntelles; le plus ordinairement, au moins, elles sont
ıltat des opérations que nous pratiquons sur les
; et, à cause de cela, elles ont bien plus souvent leur
à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure. Puis-
lle est leur origine dans le plus grand nombre de
serait peu convenable de les considérer indépen-
ent des opérations dont elles peuvent être le résultat.
n occuperai donc autre part.
n autre côté, tout ce qui concerne le bec-de-lièvre
ment dit mérite un examen particulier. Tant de
ons diverses se rattachent aux opérations assez diffé-
les unes des autres, bien que tendant au même
ar lesquelles on remédie à cette difformité d'as-
si varié, que je veux la prendre pour sujet de
érations spéciales. Ces considérations sur le bec-

de-lièvre congénial quant aux apparences extérieures ; elles s'en rapprochent bien plus encore au point de vue du traitement. Dès qu'une division accidentelle et permanente de l'une des lèvres existe sans perte de substance, on y remédie comme s'il s'agissait d'une division congéniale. Seulement ce n'est pas, comme dans cette dernière, toujours sur la lèvre supérieure qu'on a à agir, ni toujours sur l'un ou sur l'autre côté de cette lèvre ; car les divisions accidentelles, déjà susceptibles de formes plus ou moins irrégulières, présentent beaucoup de variétés quant au siége. On les voit aussi souvent à la lèvre inférieure qu'à la lèvre supérieure, au milieu que sur l'un des côtés ; quelquefois même elles correspondent à l'une des commissures. Dans ces dernières circonstances, on a moins à rétablir la continuité de l'une des lèvres, qu'à resserrer, soit d'un côté seulement, soit des deux côtés à la fois, l'ouverture de la bouche, rendue démesurément grande par une plaie des commissures qui n'a point été réunie. Sur tout cela je n'ai rien vu, je n'ai rien fait, et je n'ai rien à vous rapporter qui ne soit plus ou moins bien exposé dans presque tous les ouvrages de chirurgie, qui n'ait été observé par la plupart des chirurgiens, et que vous n'ayez observé vous-même. Je me ferais un reproche de faire entrer dans ma correspondance avec vous la relation de choses trop communes.

Il en est tout autrement de certaines grandes divisions des lèvres avec perte de substance, et plus ou moins irrégulières. Le temps n'est pas encore bien éloigné où les difformités qui en résultent étaient considérées comme incurables : les premières tentatives qui ont été faites pour

y remédier, ne remontent pas à plus de vingt-cinq ou trente années : rien n'est décrit à cet égard dans les ouvrages didactiques; et pour longtemps encore, il sera presque impossible de soumettre à des règles, et de tracer avec méthode l'art de reconstituer l'une des lèvres, ou les deux lèvres, dans les circonstances dont il s'agit. Tout étant singulièrement variable dans la difformité elle-même, à ce point qu'on n'a peut-être jamais vu deux cas exactement semblables, tout doit être propre à chaque cas en particulier dans la manière de s'y prendre pour réparer le désordre. Plus que beaucoup d'autres, les restaurations dont il s'agit appartiennent à la catégorie des opérations insolites qui se refusent à une description générale, et qui ne se comprennent bien que par le récit des faits particuliers.

Les trois suivants offrent un intérêt remarquable sous quelque point de vue qu'on les considère. Par un singulier hasard, c'est à des époques assez rapprochées les unes des autres que je les ai recueillis ; et depuis le temps où l'occasion s'est ainsi présentée à moi d'appliquer trois fois les ressources de la chirurgie restauratrice à de grandes pertes de substance des lèvres anciennes et permanentes, je n'ai vu aucun cas du même genre. Ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que les trois cas que je vais rapporter étaient à la fois semblables, ou du moins fort analogues les uns aux autres, et très différents : semblables ou analogues, quant à l'origine de la difformité, et relativement à cette circonstance qu'il y avait eu destruction des lèvres dans une grande étendue : différents entre eux, quant à la forme et à la grandeur de la perte de substance, et si différents même sous ce rapport qu'ainsi que vous le remar-

querez, il y a eu une gradation notable dans les difficultes de l'opération pour les trois cas.

Ire Observation.—*Destruction des deux tiers moyens environ de la lèvre inférieure; déformation de l'arcade alvéolaire correspondante, et saillie de cette arcade entre les deux bords irréguliers de la solution de continuité des parties molles; légère inclinaison en avant des dents incisives. — Ablation d'une partie de l'os maxillaire inférieur dans toute sa hauteur et dans sa partie moyenne; puis réunion des parties latérales de la lèvre.— Reconstitution de cet organe sans autre trace de la difformité première qu'une cicatrice médiane, et une légère projection de la mâchoire en arrière.*

Le sujet était un jeune homme de vingt-deux ans, originaire de l'Auvergne, et que le désir d'être soumis à tout ce qu'on croirait utile de faire pour le délivrer de sa difformité avait amené à Paris. Il en était atteint depuis l'âge de sept ans. Elle avait eu pour cause une affection gangréneuse de la lèvre inférieure, après laquelle on avait été dans la nécessité de commettre aux seuls soins de la nature la guérison de la plaie fort étendue et fort irrégulière qui était résultée de la séparation des parties sphacélées. Bien qu'il perdît habituellement une assez grande quantité de salive, la digue que la lèvre inférieure forme naturellement à ce fluide n'existant plus, ce jeune homme était vigoureusement constitué, et rien n'annonçait en lui que ses fonctions digestives eussent jamais été languissantes.

Pour la forme, pour l'étendue, la solution de continuité de la lèvre pouvait être comparée à celle que la main du chirurgien produit si souvent quand, pour enlever une tumeur cancéreuse de la lèvre inférieure, on a compris la tumeur entre deux incisions qui ont commencé sur le bord libre de chaque côté, à peu de distance des commissures. Seulement elle ne se prolongeait pas autant du côté du menton. De ce côté aussi elle finissait en cintre. De plus, ses bords, minces et adhérents à

l'os maxillaire, avaient une longueur inégale ; le gauche, presque vertical, était plus court que le droit, qui était comme échancré.

Il y avait, ai-je dit dans le sommaire de l'observation, légère projection en avant de toute la partie du rebord alvéolaire qui correspondait à la perte de substance de la lèvre inférieure, et de plus inclinaison en avant de toutes les dents incisives. Ces dents se croisaient avec celles de la mâchoire supérieure, contrairement à ce qui a lieu dans l'état naturel ; et cependant on ne pouvait pas dire que le sujet présentât cette conformation anormale de la mâchoire inférieure qui constitue le menton de galoche. Et, en effet, ce n'était pas toute la mâchoire qui était projetée en avant ; il y avait eu seulement développement irrégulier de cet os, implantation vicieuse des dents. Mais, telle était l'avance formée, et par les dents, et par le rebord alvéolaire, entre les bords de la solution de continuité de la lèvre, qu'il n'était pas possible de réunir ces bords l'un à l'autre en conservant l'os maxillaire dans toute son intégrité. Je ne sais pas si ce n'eût pas été chose praticable de refaire la lèvre, toujours sans toucher à l'os, au moyen de deux lambeaux latéraux taillés en dehors de la perte de substance, et qui auraient été joints l'un à l'autre sur une ligne horizontale par leurs extrémités libres, après avoir subi une sorte de rotation d'un quart de cercle environ. Dans cette manière de faire, la plus grande partie du bord libre de la lèvre nouvelle aurait été formée par les bords mêmes de la solution de continuité ; un vide serait resté au-dessous de la lèvre ainsi reconstituée, en partie au moins ; et ce vide, on aurait pu le remplir par une seconde autoplastie. Pour cela il aurait fallu amener au devant de l'os maxillaire un lambeau formé des parties molles du menton et d'une partie des téguments de la région sus-hyoïdienne, comme dans l'opération pratiquée pour la première fois par Chopart. L'imitation aurait été plus simple que le procédé primitif, puisqu'il n'y aurait eu à reconstituer, de cette manière, que la moitié inférieure de la lèvre. Ce n'était pas le cas de pratiquer l'opération

de Chopart dans toute sa pureté, c'est-à-dire d'entreprendre de reconstituer toute la lèvre avec un seul lambeau emprunté aux régions mentonière et sus-hyoïdienne, et amené par glissement au-devant de la mâchoire inférieure jusqu'à la hauteur des dents. Avec l'expérience que j'ai de ce procédé, pour l'avoir appliqué plusieurs fois dans d'autres circonstances, je n'y aurais pas recours dans un cas analogue à celui que je décris.

Je n'y songeai pas alors, ou, si la pensée m'en vint, je ne m'y arrêtai pas. Je n'eus pas non plus celle de l'opération que je supposais il n'y a qu'un moment. Maintenant que j'y réfléchis, maintenant aussi que je suis aussi familiarisé que possible avec tous les genres d'autoplastie, ou que j'ai tant de fois et de tant de manières différentes pratiqué cet art de reconstituer certains organes, il me semble qu'une telle chéiloplastie aurait pu réussir.

En présence de l'obstacle que l'inclinaison des dents et la proéminence du rebord alvéolaire mettaient au rapprochement des parties de la lèvre qui subsistaient encore, je ne vis qu'un parti à prendre ; c'était de diminuer la courbe formée par l'os maxillaire; c'était de retrancher une portion de cet os dans sa partie moyenne. Ce retranchement opéré, il devait être facile de rapprocher les deux parties latérales, ainsi qu'on le fait après toutes les amputations d'une partie de l'os maxillaire inférieur. Par suite de ce rapprochement, l'os devait avoir diminué d'étendue à la fois d'un côté à l'autre, et d'avant en arrière; et les difficultés pour la réunion des parties molles devaient être singulièrement amoindries. C'était réduire l'os, ou le rapetisser, pour le mettre en rapport avec le degré d'extensibilité des parties molles qu'il s'agissait de réunir, puisqu'il n'était pas possible de faire subir à ces parties une extension proportionnée à la grandeur de la surface qu'elles devaient recouvrir.

Tout fut fait conformément à ce plan; et tout se passa au gré de mes désirs. Avant d'attaquer l'os maxillaire, non-seulement j'en séparai les parties molles qui y adhéraient, jusqu'au-dessous de la perte de substance de la lèvre; mais

encore je fis les excisions nécessaires pour aviver les bords de la solution de continuité, et avoir une plaie régulière dont je pusse mettre les deux côtés en rapport. En procédant de cette manière, je voulais pouvoir opérer un rapprochement fictif de ces deux côtés de la plaie, et prendre ainsi la mesure de la portion d'os qu'il fallait retrancher, pour établir entre eux un contact immédiat. Au moment où je vous expose le cas, j'ai sous les yeux cette portion d'os que j'ai conservée : elle a près de 2 centimètres de largeur, et contient encore les trois dents incisives qui s'y trouvaient implantées. Pour l'enlever, je me suis servi d'une petite scie à lame très fine : j'ai dû détruire l'attache des muscles génio-glosses et génio-hyoïdiens aux apophyses géni. Mais, comme il arrive dans toutes les ablations d'os où des insertions musculaires sont détruites, ces muscles ont dû plus tard chercher et trouver d'autres adhérences sur les parties conservées de l'os maxillaire.

Mes mesures avaient été bien prises : la résection étant faite, je n'éprouvai que très peu de difficultés pour rapprocher et pour réunir les bords de la solution de continuité des parties molles. Cela se fit comme si j'avais eu pratiqué l'ablation d'une tumeur carcinomateuse un peu considérable de la lèvre inférieure. Je n'avais pas négligé, comme bien vous pensez, la précaution de prolonger autant que possible, en arrière et en bas, la séparation de la joue d'avec l'os maxillaire, afin de rendre plus extensibles les parties que je devais réunir. A peine ai-je besoin de vous dire que, pour opérer cette réunion, je me suis servi de la suture entortillée. A cause de la hauteur de la lèvre, il a fallu placer quatre aiguilles. Quand je les retirai, et je les retirai toutes dans le cours de la cinquième journée, l'adhésion était parfaitement établie entre les parties molles extérieures. On pouvait bien juger déjà de l'aspect particulier que présenterait le bas de la figure. Ce que la nature avait à faire, c'est-à-dire la consolidation de la mâchoire, ne devait rien y changer, puisque les deux parties de l'os conservé étaient en contact immédiat. Le malade resta assez longtemps soumis à

mon observation pour que j'aie vu s'opérer cette consolidation de la mâchoire. Lorsqu'il s'éloigna de moi pour rejoindre ses pénates, il avait une lèvre inférieure bridée, et un peu courte d'un côté à l'autre, bien qu'elle eût pris du développement depuis qu'elle était reconstituée; mais cette lèvre couvrait les dents inférieures; et par elle la salive était retenue dans la bouche, dont l'ouverture était nécessairement un peu étroite. Une cicatrice linéaire était la seule trace de l'énorme solution de continuité qui avait existé précédemment. Toutefois, quelque chose d'un peu choquant au premier coup d'œil avait succédé à l'ancienne difformité; c'était l'aplatissement du menton, et une sorte de retrait de toute la mâchoire inférieure, ce qui faisait paraître la mâchoire supérieure et le nez un peu proéminents. Cette défectuosité du bas de la figure n'était cependant guère plus forte qu'on ne la voit chez quelques individus par une disposition primordiale.

IIe Observation.—*Destruction de chacune des deux lèvres presque en totalité, avec développement anormal et proéminence de l'une et de l'autre mâchoire. — Reconstitution de la lèvre inférieure, mais de cette lèvre seulement, après l'ablation d'une portion de l'os maxillaire correspondant dans toute sa hauteur, et dans sa partie moyenne.*

C'était la même cause que chez le sujet précédent, qui avait produit un tel désordre dans les parties molles et jusque dans les os de la face: la perte de substance des lèvres avait pareillement succédé à une affection gangréneuse dont le sujet avait été atteint dans son enfance; et ce sujet était une jeune fille de dix-huit ans, originaire de Limoges, qui m'avait été recommandée par M. Cruveilhier, et que je reçus à l'hôpital de la Charité dans le cours de l'année 1825. Sans sa difformité, qu'elle ne pouvait que bien difficilement soustraire aux regards de tous, cette jeune fille aurait été d'une beauté remarquable, à en juger par la forme gracieuse du nez, par l'éclat des yeux, que voilaient de grandes paupières, et les contours réguliers de

toute la partie supérieure du visage, couronnée par une belle chevelure brune.

La destruction des lèvres avait donc précédé l'époque du parfait développement des os; et comme chez le sujet du cas dont il était question à l'instant, il en était advenu une étrange conformation des deux arcades alvéolaires, ou plutôt de la mâchoire inférieure et des os maxillaires supérieurs. Ces os, n'étant plus soutenus par les lèvres, s'étaient arqués considérablement en avant, et leur partie moyenne, très recourbée, proéminait entre les lèvres de la solution de continuité des parties molles. Permettez-moi de vous le dire, mon cher Lawrence, c'est une chose très remarquable, et qui n'a peut-être pas été étudiée autant qu'elle mériterait de l'être, que l'influence du jeu, de l'action, ou même de la seule présence des parties molles, surtout des parties molles agissantes ou contractiles, sur la conformation des os avant que le développement de ceux-ci soit arrivé à son terme. Qu'elle vienne à manquer par une circonstance quelconque, les os prennent une conformation anormale plus ou moins bizarre : le fait que je raconte en est un exemple remarquable. Qu'elle vienne, au contraire, à s'exercer après avoir manqué pendant un laps de temps plus ou moins long, alors certaines dispositions défectueuses des os peuvent disparaître. Cela va jusqu'au point que des os détachés ou séparés, et qui n'auraient pas dû l'être, se rapprochent et se confondent. C'est ce qu'on voit pour les maxillaires supérieurs dans le bec-de-lièvre compliqué de la diduction de ces os, lorsque l'opération applicable à la difformité de la lèvre est pratiquée dans les premières années de la vie : par le seul fait de la réunion de la lèvre, la communication de la bouche avec les narines disparaît insensiblement. Même chose a lieu pour la partie la plus reculée de la voûte palatine après la suture du voile du palais, dans les cas de division de ce voile avec écartement des os palatins. Mais il faut que l'opération soit pratiquée sur des sujets qui touchent encore à l'époque de la nubilité

Ce n'étaient pas sans doute des chirurgiens habitués à triom-

plier des grandes difficultés; mais des hommes distingués cependant dont on avait déjà réclamé les conseils, avaient déclaré que l'art était impuissant, et sans ressources, contre une difformité aussi grande que celle qui existait chez la jeune Élisa Berthier (c'était le nom de la fille dont je raconte le cas). Dès le moment où je la vis, j'eus une pensée différente; et me rappelant ce à quoi j'étais parvenu chez le jeune homme du cas précédent, je formai le projet d'user de la même ressource pour rétablir la continuité des parties divisées; car tel était l'état des choses chez la jeune fille dont il s'agit en ce moment, que, malgré la souplesse et l'extensibilité dont jouissent les parties molles du visage, surtout après qu'on a détruit leurs connexions profondes avec les os qu'elles recouvrent, on ne pouvait pas songer à faire avancer ce qui restait des lèvres et de la joue gauche sur la double saillie formée par les arcades alvéolaires. Il n'y avait pas moyen non plus d'emprunter aux parties voisines pour combler le vide que présentait chacune des lèvres. Et quand même on eût pu réussir par l'un ou par l'autre de ces deux expédients, l'âge du sujet se serait opposé à ce que les mâchoires reprissent une conformation régulière. La jeune fille aurait donc conservé une partie de sa difformité.

Mais, ce que précédemment j'avais fait à l'os maxillaire inférieur seulement, il fallait ici le pratiquer sur l'une et sur l'autre mâchoire. Pour la supérieure, les difficultés devaient être plus grandes et le succès plus incertain, puisque toutes les pièces qui entrent dans la composition de cette mâchoire forment un tout continu, lui-même solidement uni au crâne; et qu'après une ablation plus ou moins considérable faite à la partie moyenne, il n'est pas possible de faire incliner l'une vers l'autre et de mettre en contact les deux parties latérales, comme on le peut, au contraire, à la mâchoire inférieure, jointe au crâne par une double articulation. Le seul fruit, le seul bénéfice que je pouvais espérer de ce retranchement d'une portion des os maxillaires supérieurs, c'était d'avoir un espace vide à la place d'un plan solide et bombé;

c'était de pouvoir opérer le rapprochement des deux parties de la lèvre sur une ligne droite horizontale. Je pensais, du reste, qu'une fois cette lèvre supérieure reconstituée, il serait possible de remplacer par une pièce artificielle régulière la partie enlevée de l'arc maxillaire; de telle sorte que la seule difformité choquante qui résulterait de l'ablation des parties osseuses pour la restauration des deux lèvres serait une dépression plus ou moins grande, une sorte de reculement de la mâchoire inférieure. Mais je ne voulais pas agir en même temps, le même jour, sur les deux mâchoires; il n'aurait pas été sans inconvénient de travailler à refaire les deux lèvres par une seule et même opération; et je trouvais plus convenable de pratiquer deux opérations distinctes, à deux époques plus ou moins éloignées l'une de l'autre, en commençant par la lèvre inférieure.

Mon plan fut ainsi arrêté, et la jeune fille donna d'abord son consentement pour toutes choses. Tout ce dont devait se composer la première opération fut fait dans les premiers jours d'août. Comme pour le jeune homme du cas précédent, je détachai de l'os maxillaire, je régularisai et j'amenai à l'état sanglant les bords de la solution de continuité des parties molles avant d'agir sur l'os lui-même. Il va sans dire que je ne me bornai pas à détacher ces bords, mais que je détruisis aussi loin que possible, et jusque sous la mâchoire, les connexions naturelles de la lèvre et des joues avec cet os, afin de donner aux parties qu'il s'agissait de rapprocher, et de réunir, une grande extensibilité. Je procédai ensuite à la section de l'os, ou plutôt j'eus à faire deux sections verticales et parallèles, pour lesquelles j'employai une petite scie à main dont la lame était étroite et mince; et le résultat fut l'ablation d'une portion de la mâchoire inférieure qui avait environ un pouce, ou 3 centimètres de largeur. Cette perte de substance faite à l'os ne correspondait pas parfaitement à la partie moyenne. A cause du mode de déformation que l'os avait subie, il me parut convenable de pratiquer l'une des deux sections sur la ligne médiane, et l'autre en dehors et à gauche : d'ailleurs la solution de continuité des

côté droit ; et par elle la salive était convenablement retenue dans l'intérieur de la bouche.

Après quelques semaines, le moment était venu de faire en haut, ou pour la lèvre supérieure, ce que j'avais fait en bas. Je l'ai dit plus haut, de grandes difficultés m'attendaient, puisqu'une portion du rebord alvéolaire de la mâchoire supérieure étant enlevée, l'état naturel de fixité de cette mâchoire ne devait pas me permettre d'en rapprocher les deux parties latérales, tandis que j'avais pu rapprocher les parties conservées de la mâchoire inférieure, mobiles dans leur double articulation. Mais le bonheur et le mérite de triompher de ces difficultés ne m'étaient pas réservés. Bien que la première opération n'eût été ni très laborieuse, ni très cruelle, la malade ne voulut pas en subir une seconde. Soit caprice, soit appréhension extrême de nouvelles souffrances, ou indifférence pour sa difformité, devenue déjà moins hideuse en effet, cette jeune fille résista à tous les moyens de persuasion que je pus employer. Elle me quitta pour retourner à Limoges, qui était sa ville natale : je lui avais rendu une lèvre inférieure à peu près régulière, et ce premier succès semblait faire présager la réussite des mêmes moyens appliqués à la restauration de la lèvre supérieure. J'avais espéré la revoir lorsque, plus âgée, elle aurait joint à une raison plus forte un plus vif sentiment de ce qu'il y avait de choquant dans sa difformité. Mon attente ne s'est point réalisée : je n'ai pas eu de nouvelles de cette jeune fille depuis le moment où elle m'a eu quitté ; et j'ignore complétement si elle est restée, ou non, dans l'état où elle se trouvait en sortant de mes mains.

Combien fut différente une autre jeune femme dont j'ai à parler ! de quelle patience elle se montra douée ! La résignation pour consentir à des souffrances vives, et pour supporter ces souffrances, plusieurs fois répétées, ne va pas au delà : c'est le courage stoïque dans toute sa force. Il fallait cela, en effet, pour que l'art obtînt le triomphe que je vais raconter.

ors, elle correspondait à peu près au milieu de l'os ma-
t en dedans elle confinait de très près avec la partie mé-
lu nez. Il n'y avait de conservé à celui-ci qu'une petite
les téguments de la face latérale gauche. Bien entendu
hérente et fixe en haut, en dehors et en dedans, là où
it des os sous-jacents, cette circonférence de l'ouverture
rties molles était libre et mobile à la partie inférieure,
ici elle limitait la portion de la joue qui avait été épar-
r la gangrène. Cette ouverture laissait voir une partie de
eur de la narine gauche, et aussi l'intérieur du sinus
aire, ou plutôt la paroi profonde de ce sinus; car il y
a, en même temps que gangrène et séparation des par-
lles, nécrose et séparation d'une portion de l'os maxil-
périeur. La langue, n'étant plus contenue par les dents,
presque continuellement saillie hors de la bouche, à tra-
uverture même de la joue.

el désordre semblait au-dessus des ressources de l'art;
insi que j'en jugeai au premier abord. Cependant je
sai vaincre par les prières de la jeune fille; j'eus pitié de
orable position, et je me décidai à attaquer des difficultés
vaient paraître insurmontables. Le succès a dépassé mon
. Je suis parvenu à refaire la lèvre supérieure, la paroi
du nez et la joue. Sans doute, et bien qu'une parfaite
ité fût rétablie entre toutes les parties molles de la face,

nobstant les grandes difficultés à vaincre, il me sembla que
teindrais mieux le but en cherchant à rapprocher de leur
ıtre commun les bords de l'ouverture, en mettant ces bords
contact avec eux-mêmes, après avoir soulevé, et détaché aussi
n que possible des os auxquels elles adhéraient, les parties
lles, de manière à les rendre susceptibles d'éprouver une
ande extension. Il va sans dire qu'il y avait un avivement à
re sur toute la circonférence de l'ouverture. C'était par la
ture, et par la suture seulement, qu'on pouvait espérer main-
nir ces parties en contact ; la suture simple, ou à points entre-
upés, me parut celle qui était le mieux appropriée à la cir-
nstance.

Vous comprenez, mon cher ami, l'opération ainsi faite sans
e j'aie besoin de la décrire minutieusement. Tentée une
emière fois le mardi, 5 juillet, deux mois passés après la
confection de l'ouverture buccale et de la lèvre supérieure,
le ne réussit pas. J'étais bien parvenu à mettre en contact
ımédiat les bords de l'ouverture, et à clore celle-ci presque
mplétement ; mais, trop tendues, les chairs furent bientôt cou-
es par quelques uns des points de suture ; là même où la coap-
tion fut plus stable, il n'y eut pas de réunion, et les choses
rétablirent dans l'état qui avait précédé immédiatement.

Cependant, comme j'avais presque atteint le but, comme
rtout je n'avais pas éprouvé des difficultés extraordinaires
ur faire disparaître, momentanément au moins, la perfora-
n de la joue, je renouvelai après quelque temps la même
ération. Je pris le soin de séparer les parties molles d'avec
os là où elles adhéraient à ceux-ci, plus encore que je ne
vais fait la première fois, afin de leur faire subir toute l'exten-
n possible. Mais j'échouai dans cette nouvelle tentative,
mme j'avais échoué dans la première, et de la même ma-
re. Cela se passait au mois de septembre suivant.

Plus tard, quand toutes les traces de l'inflammation des par-
s molles eurent disparu, et que ces parties eurent recouvré
r souplesse primitive, je conçus le projet de dédoubler, vers

alors toutes les ressources de l'autoplastie. Il y avait donc quelque hardiesse dans ces premières entreprises, tout inctueuses qu'elles ont été. Une autre ne devait pas avoir plus succès, et je m'y étais livré cependant avec une certaine nfiance. Ne pouvant faire aucun emprunt aux téguments sins de l'ouverture, j'imaginai d'en faire un à une partie ignée, et cela comme dans la rhinoplastie par la méthode lienne. Je voulais un lambeau de peau seulement, mais il fallait le prendre dans une région où la peau présente une taine épaisseur, et dans une partie qui se prêtât à être mainue en contact avec la joue pendant tout le temps nécessaire l'adhésion du lambeau. Je choisis la main. Toujours anie du plus grand courage, et résignée à subir les opérans les plus cruelles pour être délivrée complétement de sa formité, la fille Jolly agréa la proposition que je lui fis. Cette ération nouvelle (c'était la cinquième qu'elle subissait) je la i pratiquai le samedi 12 novembre. Le lambeau fut pris sur éminence hypothénar : je le taillai en raquette : la partie libre ait tournée ou dirigée du côté du poignet ; et le pédicule, que ivais eu soin de ne pas faire trop étroit, correspondait au mieu de la région palmaire. Avec quatre points de suture simple, parvins, non sans peine toutefois, à ajuster la circonférence ce lambeau dans les deux tiers environ de son étendue avec s deux tiers supérieurs de l'ouverture qu'il s'agissait d'obturer. devais, si la réunion s'opérait, et après que le lambeau eût été rfaitement identifié avec les parties molles du visage, couper pédicule, et le rattacher à la partie encore libre de l'ouverture ciale. J'aurais opéré ainsi l'occlusion complète de cette iverture.

Mais, jusqu'à ce que les choses fussent arrivées à ce point, précisément pour que la nature pût accomplir l'œuvre qui i était confiée, il fallait que, par une position particulière de ut le membre supérieur, la main fût appliquée sur la face et aintenue dans une parfaite immobilité ; le moindre ébranlement imprimé au lambeau pouvait faire qu'il fût déchiré par

ıis imaginé, il remplissait le but que je m'étais proposé; lle Jolly devait en retirer quelque avantage. Mais à peine :-elle vu qu'elle changea de résolution; elle ne voulut ıe pas qu'on en fît l'essai. Autant elle avait été jusqu'alors le à mes projets, et soumise à tout ce que j'avais voulu lui :, autant elle s'opiniâtra à repousser l'appareil en question. ique son état primitif fût beaucoup amélioré, elle tomba s une sorte de désespoir, précisément parce que son malreux sort paraissait définitivement fixé. En même temps lle déplorait sa situation au point de déclarer que la vie était devenue insupportable, elle faisait appel à tout ce que t pourrait encore imaginer; elle me suppliait de me livrer elle à de nouvelles entreprises; elle ne craignait pas, ıit-elle, d'être un sujet d'expériences; et je ne pourrais rien proposer, rien lui faire qui lui parût trop cruel, et qu'elle ût disposée à supporter, si j'y entrevoyais quelques chances ıuccès.

es obsessions de cette malheureuse fille firent naître dans n esprit une pensée qui ne s'y serait peut-être jamais prétée près d'un malade plus résigné à son sort. Vous avez vu, n cher Lawrence, comment une portion de la lèvre inférieure it été amenée jusqu'au-dessous du nez, comment avec elle ar elle se trouvait reconstituée la lèvre supérieure. Après s de six mois écoulés depuis cette première migration, la tion de lèvre déplacée semblait comme si elle avait toujours là où on la voyait maintenant. Par suite aussi de l'ascension avaient éprouvée les autres parties molles voisines de la choire, l'angle de la plaie faite à la lèvre inférieure, lequel mait la nouvelle commissure, se trouvait sur la même ligne izontale que la commissure du côté opposé. Eh bien, frappé cet état des choses plus que je ne l'avais été précédemment, ne demandai si la portion nouvelle de la lèvre supérieure serait pas susceptible d'un nouveau déplacement, et d'un lacement plus considérable que celui qu'elle avait déjà i; si dès lors je ne pourrais pas reprendre à cette lèvre su-

périeure ce qui lui avait été donné, ou en détacher un lambeau que je porterais à la hauteur du nez jusqu'au-dessous de la paupière, lequel lambeau servirait à former la narine, et à reconstituer la joue. Une telle entreprise étant couronnée de succès, il resterait à compléter de nouveau la lèvre supérieure par quelque autre manœuvre.

Ce qui n'était d'abord qu'une pensée vague prit bientôt dans mon esprit le caractère d'un projet raisonnable; et bientôt aussi j'eus le pressentiment du succès. Grande fut la joie de la fille Jolly quand je lui fis part de ce que je voulais tenter, et de mes nouvelles espérances. A peine consentit-elle à quelques jours de délai. Je l'opérai pour la sixième fois le 24 février. Vous devinez, et vous comprenez par avance les détails de ce que j'eus à lui faire; j'éviterai de vous les tracer longuement. Je fendis la lèvre dans toute sa hauteur, immédiatement au-dessous de la cloison des narines sur la ligne médiane, là même où se joignaient les deux portions, ancienne et nouvelle, de cette lèvre. Préalablement, j'avais avivé le bord libre ou la circonférence de l'ouverture dans toute son étendue, et j'avais encore une fois détaché des os sous-jacents, et les téguments du nez, et la portion conservée de la paupière inférieure, et le peu qui restait de la joue du côté de l'arcade zygomatique. De cette manière je pouvais faire éprouver à toutes ces parties un certain allongement, et les amener en quelque sorte à la rencontre du lambeau. J'opérai la réunion avec une facilité qui me surprit, en entremêlant quelques points de suture simple avec quelques points de suture entortillée. Je ne pouvais songer à aucun autre moyen, ni comme agent principal de jonction, ni comme moyen auxiliaire. Le travail adhésif s'effectua sans accident aucun, et de la manière la plus complète. Dès la fin du quatrième jour après cette opération nouvelle, j'enlevai quelques-uns des points de suture: j'en avais placé huit en tout; les autres furent détruits vingt-quatre heures plus tard; et dès ce moment on pouvait se complaire à observer l'heureux résultat d'une entreprise qui avait

araître bien hasardée; au-dessus du plan de la lèvre
ieure et de l'ouverture de la bouche, une continuité par-
était rétablie entre toutes les parties molles du visage; le
t la joue étaient reconstitués; on ne voyait plus ni l'inté-
de la narine, ni l'intérieur du sinus maxillaire.

ose remarquable, dès les premiers temps qui suivirent
reconstitution de la joue et du nez, il fut sensible que,
n heureux bénéfice de la nature, toutes les parties molles
lesquelles le lambeau avait contracté adhérence s'étaient
gées consécutivement : ce lambeau avait été comme un
re d'attraction autour duquel tout s'était élargi, le lam-
lui-même n'ayant subi, au contraire, aucune extension.

onçoit que les choses devaient se passer ainsi, ce lambeau,
comprenait toute l'épaisseur de la lèvre, ayant peu d'ex-
ibilité, tandis que les téguments circonvoisins étaient fort
ces, partant très extensibles. Ce fut la peau de la paupière
éprouva l'extension la plus grande. Cet état de choses de-
se maintenir et s'est maintenu après même que, par une
nière manœuvre, j'eus reconstitué d'une manière telle quelle
vre supérieure. Il arriva donc que pendant les dix ou douze
ées que la fille Jolly a survécu, pendant tout le temps
lle a pu profiter et jouir du service que la chirurgie lui
t rendu, les limites de la surface du lambeau ne rappe-
nt que très imparfaitement la grandeur de la perte de sub-
ce que ce lambeau avait servi à combler. On aurait pré-
é l'ouverture beaucoup plus petite qu'elle ne l'avait été
lement.

lais après un tel résultat, et puisque toute une moitié
la lèvre supérieure, séparée de l'autre moitié et portée
lessus de la place qu'elle occupait, servait à former une
tie du nez et une portion de la joue, cette lèvre n'existait
s qu'à demi; l'ouverture de la bouche était de nouveau
rrement configurée. Devais-je laisser les choses en cet
? Non; il fallait aller plus loin : c'est, du reste, ce que
ais bien résolu de faire en cas de succès, lorsqu'après tant

entre les surfaces que j'étais parvenu à mettre en contact. Dès lors la continuité fut rétablie entre toutes les parties molles de la face, sans vide aucun, sans autres lacunes que les ouvertures naturelles.

Ce n'était pas cependant que toute difformité eût disparu, et que la figure de la fille Jolly ne présentât aucune trace de l'horrible mutilation dont elle avait été le siége: la joue était plate ; plusieurs cicatrices en sillonnaient la surface; il n'y avait pas symétrie parfaite entre les deux parties du nez; enfin l'ouverture de la bouche, évidemment trop étroite, bien que suffisante pour tous les usages naturels, semblait placée plus à droite qu'à gauche; elle dépassait à peine, dans ce dernier sens, la ligne médiane du corps: mais enfin, la figure n'avait plus rien de repoussant. Pour qui n'eût pas su quelles opérations la fille Jolly avait eu à subir, et pourquoi ces opérations lui avaient été faites, elle paraissait porter les traces d'une brûlure qui avait dû être assez étendue en surface, mais peu profonde. Sa position n'inspirait plus ni pitié, ni dégoût ; cette fille a pu vivre de nouveau avec ses semblables, et reprendre ses anciennes habitudes sociales. Elle est restée à Paris, fille de comptoir dans une maison de commerce.

Ce qu'il y avait de plus choquant dans les vestiges de son ancienne difformité, ou plutôt dans sa physionomie nouvelle, c'était l'étroitesse et le défaut de symétrie de la bouche. On pouvait corriger cette imperfection, que je n'avais pas pu prévenir; il fallait déplacer la commissure gauche, ou en d'autres termes, agrandir la bouche de ce côté par une incision faite horizontalement ; puis faire en sorte que les deux bords de cette petite plaie transversale se cicatrisassent chacun isolément. A l'époque vers laquelle ma pensée se reporte en ce moment, on n'avait point encore eu l'idée si simple de reconstituer soudain, en tout ou en partie, le bord libre des lèvres, en faisant adhérer par première intention la membrane muqueuse et la peau. Il m'aurait donc fallu recourir à quelque autre procédé ; probablement je me serais contenté de tenir fortement écartés les deux bords de

blessure qui laisse à peine subsister quelques traces d'une figure humaine ; il eut le bonheur, dis-je, d'échapper aux accidents qui furent la suite de cette mutilation. Mais de nombreuses portions d'os s'étaient détachées de la mâchoire inférieure et de chacune des deux moitiés de la mâchoire supérieure, les os du nez particulièrement ; des escarres s'étaient formées ; des lambeaux de parties molles étaient tombés, et après la cicatrisation des plaies, la face avait éprouvé la plus singulière transformation. A peine quelques petites portions de la peau étaient-elles restées glabres et lisses, comme le sont les téguments dans l'état naturel : on eût dit une cicatrice presque générale, d'ailleurs inégale et gaufrée ; presque toutes les saillies du visage avaient disparu : il n'y avait plus qu'une surface plane du côté droit. A droite, l'œil était considérablement éraillé, à cause de la destruction presque complète de la paupière inférieure ; il avait toutefois conservé, à peu de chose près, son intégrité naturelle, et pouvait fonctionner. Du côté gauche, au contraire, l'œil était encore suffisamment voilé par les paupières ; mais il était opaque, atrophié et inhabile à la vision. Il n'y avait plus de lèvres, et rien n'indiquait la place ordinaire de la bouche. Une seule ouverture tenait lieu de celle-ci, et communiquait en même temps dans l'intérieur des narines, dont elle semblait être l'entrée plutôt que celle de la cavité buccale. Placée entre les deux yeux, ou pour dire plus vrai, sur la même ligne que l'œil droit, lequel était tiré un peu en bas par les cicatrices, cette ouverture était irrégulière, mal circonscrite, de forme à peu près triangulaire cependant, et à peine assez grande pour admettre l'extrémité du doigt médius. C'était l'unique voie pour l'entrée de l'air par les narines, l'unique voie conséquemment par laquelle la respiration pût se faire. C'était aussi l'unique voie par laquelle ce malheureux jeune homme pût prendre de la nourriture ; ce qu'il faisait en introduisant avec le bout du doigt les aliments par petites parcelles jusque sur les dents de la mâchoire inférieure. Et ces aliments, il les triturait à grande

mé que de parties plus ou moins altérées par des cicatrices. is il était rigoureusement possible d'entreprendre une rhiplastie. Ce qui semblait plus facile encore, c'était de rélir la bouche, c'est-à-dire de former une ouverture partiière destinée à l'introduction des aliments, et qui, placée à elque distance au-dessous de l'ouverture unique qu'on yait à la face, corrigerait un peu ce qu'il y avait d'étrange et orrible dans la physionomie de ce malheureux jeune homme. mment avait-on tant tardé à lui donner le conseil de venir Paris pour y réclamer les secours que sa position comport? C'est ce que je n'ai pu comprendre.

Ce qu'il y avait de plus choquant dans sa difformité, c'était bsence de la bouche; et par là j'entends seulement les lèvres l'intervalle qui les sépare. C'est ce qu'on devait réparer en emier lieu. C'est aussi par cela que je commençai. Je me servai de tenter en second lieu la formation d'un nez nouau, ou d'y suppléer seulement par l'application d'un nez tificiel. C'était chose facile, sans doute, que de pratiquer ne fente transversale à quelque distance au-dessous de l'enée triangulaire des narines, là où la bouche avait dû exister, ais où elle n'existait plus, et de transpercer ainsi la couche parties molles qui formait une sorte de paroi antérieure à cavité buccale. Mais, il fallait qu'après la rétraction des parties visées l'ouverture se trouvât autant que possible sur la ligne s arcades dentaires. Il fallait aussi que, malgré cette rétracon, qui devait être forte du côté de la mâchoire inférieure, s parties à diviser étant là très tendues et comme bridées, les nts de cette mâchoire fussent couvertes par une sorte de vre inférieure. Enfin il fallait aviser au moyen d'empêcher le pprochement des lèvres de la division et leur adhésion proressive de chacun des angles vers la ligne médiane; et pour cela y avait à transformer ces deux bords sanglants en deux surces réfractaires au travail adhésif. On connaît, pour arriver à dernier résultat, un procédé efficace, quand les bords d'une aie sont limités par la peau d'une part, et d'autre part par

ces bords, leur adhésion mutuelle aurait été rendue impossible, et la nature aurait eu seulement à travailler à la cicatrisation de l'autre. Mais j'avais craint que, par ce travail de cicatrisation, la membrane muqueuse ne fût pas suffisamment attirée du dedans au dehors, de l'intérieur à l'extérieur, et qu'ainsi l'un des deux bords présentât moins encore que l'autre l'apparence naturelle du bord libre des lèvres.

Tout réussit au gré de mes désirs. Je n'avais pas eu la prétention d'obtenir une bouche parfaitement configurée, aux contours gracieux, et présentant dans toute sa circonférence une grande flexibilité. Non, j'avais voulu seulement former une ouverture symétrique, suffisamment grande pour l'introduction des aliments et l'exercice de la parole. J'avais bien prévu que les bords en seraient droits, roides, et peu mobiles. Tels ils ont été, en effet, après leur entière consolidation; et le temps, sans doute, n'y aura apporté aucun changement. Mais ils présentaient, l'un et l'autre, une teinte vermeille; mais l'ouverture qu'ils limitaient n'avait par elle-même rien de très disgracieux; et cette bouche nouvelle, qui laissait voir les dents de la mâchoire inférieure, imprimait déjà un caractère tout particulier à la physionomie du malheureux jeune homme que j'avais entrepris de rendre moins hideux.

Le moment était venu de former un nez nouveau, ou quelque chose qui tînt lieu du nez, et cachât l'ouverture par laquelle on voyait l'intérieur des narines, sans intercepter la communication de ces cavités au dehors. C'est ce que j'avais projeté de faire dans le principe. Mais, après avoir bien pesé toutes choses, j'abandonnai ma première pensée. A cause de la position de l'ouverture par rapport aux deux yeux, qui ne se trouvaient plus sur la même ligne horizontale, et qui n'étaient pas à égale distance de la ligne médiane, le nouveau nez aurait été plus rapproché de l'un que de l'autre. Et de quoi eût-il été formé? D'une portion des téguments de la région frontale très amincis, déformés par des cicatrices et dépourvus peut-être de vaisseaux suffisants pour le maintien de la vie dans le

LETTRE CINQUIÈME.

ONS CONGÉNIALES DES LÈVRES, OU BECS-DE-LIÈVRE. OPÉRATION DU BEC-DE-LIÈVRE.

ı cher ami, voici venir les divisions congéniales des
, et ce que l'art a institué pour corriger ces écarts de
re, avec lesquels tant de sujets viennent au monde,
altèrent tant la physionomie : j'aurais dû dire *les*
ns congéniales de la lèvre supérieure ; car c'est à
èvre seulement que se montrent les difformités
s dont il s'agit. Je n'ignore pas que quelques auteurs
rlé de bec-de-lièvre à la lèvre inférieure ; et s'il est
ue quelques cas de ce genre aient été observés, la
n devait être unique et médiane : mais je n'en con-
ucun fait authentique qui soit consigné dans les
s de la science. Pour mon compte, je n'en ai pas
lli un seul parmi plusieurs centaines de sujets venus
nde avec un bec-de-lièvre, qui ont passé sous mes
Pareillement je suis encore à voir une telle diffor-
e la lèvre supérieure occupant la ligne médiane. Ces
irconstances, que le bec-de-lièvre congénial n'affecte
tre jamais la lèvre inférieure, et qu'à la lèvre supé-
, quand il est unique, on le voit toujours en dehors
ligne médiane, distinguent essentiellement les divi-
ongéniales des divisions accidentelles, soit récentes,
ciennes et à bords cicatrisés. Toutes ces divisions

accidentelles se montrent également à l'une ou à l'autre lèvre, quelquefois même aux deux en même temps; et ne varient-elles pas à l'infini dans leur manière d'être? Vit-on jamais deux plaies un peu étendues des lèvres parfaitement semblables l'une à l'autre? Et combien ne diffèrent pas encore plus entre elles ces difformités accidentelles dont je vous ai fait connaître quelques cas seulement, mais quelques cas si remarquables dans ma précédente lettre!

Pour avoir été étudiées dès longtemps, soit en elles-mêmes, soit au point de vue des ressources thérapeutiques dont elles comportent l'application, les divisions congéniales des lèvres ne se prêtent pas moins encore à des recherches pleines d'intérêt. Il y a encore à glaner dans ce champ qui a été tant exploité; une foule de questions s'y rattachent, qui peuvent encore être soumises à un nouvel examen, et fournir matière à des discussions d'une utilité pratique réelle. Cela ressortira, je le pense, des considérations dans lesquelles je vais entrer avec vous.

Par un de ces hasards qui font si souvent que dans la pratique certains cas, habituellement assez rares, se présentent au même observateur en nombre plus ou moins considérable dans un court espace de temps, j'ai vu, dans le cours d'une même année (c'était il y a sept ou huit ans), neuf sujets affectés de bec-de-lièvre, tous en état d'être opérés. Je les ai tous soumis à l'opération qui a eu pour but la restauration de la lèvre; et même dix opérations ont été faites sur ces neuf sujets, une première n'ayant pas réussi chez l'un deux, que j'ai dû opérer une seconde fois. Cette année-là me parut donc, comme elle me le paraît encore, avoir été féconde pour moi en faits de ce genre.

'amais auparavant je n'avais eu à observer autant de becs-le-lièvre, et jamais depuis je n'en ai vu autant, dans le ·ours de moins d'une année.

Le même hasard qui me les a présentés, ainsi pressés ou groupés dans le laps de quelques mois, a permis que les ujets soumis à mon observation fussent assez diffé-ents d'âge, et qu'ils se trouvassent dans des conditions rès diverses sous le rapport de la difformité. Ils m'ont offert presque toutes les variétés possibles du bec-de-lièvre; ls en étaient comme autant de spécimens : ensemble ils uraient pu seuls servir de base à une description générale le ce vice si fréquent de conformation. Chaque cas en articulier rappelait à l'esprit telle ou telle des questions ratiques concernant l'opération qui lui est applicable, sur lesquelles les chirurgiens ont pu être divisés de senti-nent. Quelques uns aussi étaient de nature à ce que j'en rofitasse pour expérimenter certaines innovations qui ıvaient été introduites assez récemment dans l'art de res-aurer la lèvre supérieure mal conformée; et c'est ce que 'ai fait.

Cette circonstance assez singulière, que je présumais ien ne pas devoir se reproduire, et qui ne s'est, en effet, reproduite qu'imparfaitement pour moi pendant les der-nières années qui viennent de s'écouler, me suggéra l'idée le soumettre à une nouvelle rédaction ce que j'ai écrit il y longtemps déjà, tant sur ce qui concerne le bec-de-lièvre omme vice de conformation, que sur l'opération appli-able à cette difformité. Je ne faisais que devancer l'époque ù je serais toujours dans la nécessité de me livrer à ce ravail, en m'occupant des principaux sujets qu'embrasse

la chirurgie restauratrice. Puis, la pensée me vint d'exposer et de décrire en premier lieu les faits mêmes dont la succession si rapide m'avait frappé, et de les prendre pour point de départ des considérations auxquelles je voulais me livrer. C'était une manière de traiter le sujet plus en harmonie peut-être qu'une manière purement didactique avec le caractère même des communications que j'avais déjà projeté de vous faire, et que vous voulez bien accueillir. Je désire, mon cher Lawrence, que vous approuviez le parti que j'ai pris pour le cas présent.

Mon Dieu, aucun des faits dont il s'agit, pris en particulier, n'a rien de bien extraordinaire : tous ensemble ne forment non plus qu'une fraction minime dans l'immense quantité de cas de même nature, qu'il m'a été donné d'observer et de recueillir : à quelques nuances près, ils m'ont offert ensemble ce que j'ai dû voir et ce que j'ai vu, en effet, un assez grand nombre de fois, et ce que je vois encore chaque jour : en un mot, ils n'ont été qu'une reproduction nouvelle d'un tableau qui a bien souvent passé sous mes yeux. Cependant, comme vous allez le voir, certains d'entre eux présentent, à quelques égards, des particularités assez remarquables ; dans presque tous aussi, on peut observer comme un léger reflet des tentatives les plus nouvelles qui ont été faites pour porter l'opération du bec-de-lièvre à la plus grande perfection possible : et quand même ils n'auraient pas cet intérêt d'actualité, leur nombre et la variété qu'ils présentent auraient été pour moi une raison suffisante pour les mettre en tête de considérations plus ou moins étendues sur l'objet auquel ils se rapportent. Ces considérations offriront peut-être plus d'intérêt, pré-

sentées qu'elles vont être à l'occasion de faits nouveaux, que si je les étayais du seul souvenir de faits anciens. Généralement on tire un meilleur parti, dans l'intérêt de la science et de l'art, de ce qui vient de frapper notre esprit que des choses sur lesquelles le temps a déjà jeté un certain voile.

Voici d'abord ces faits nouveaux. Je vais les rapporter succinctement, dans toute leur simplicité, sans commentaires ni aucune annotation, et aussi dans l'ordre même suivant lequel ils se sont succédé.

Ire Observation.—*Bec-de-lièvre unilatéral à gauche, sans difformité aucune ni de l'arcade alvéolaire, ni de la voûte palatine, ni du voile du palais. — Opération; succès.*

Tout à fait au commencement de l'année 1845 me fut présenté le jeune fils de M. Pavie, banquier : c'était un enfant de quatre mois et demi; il n'avait pas pu teter, on l'avait nourri au biberon : il était très fort pour son âge. Sa lèvre était fendue d'un côté seulement, à gauche, mais jusqu'à l'ouverture antérieure de la narine. Il s'agissait donc d'un bec-de-lièvre simple, en ce sens que la division de la lèvre était unique; il était simple aussi sous cet autre rapport qu'il n'y avait de fissure, ni à l'arcade alvéolaire, ni à la voûte palatine, ni au voile du palais. Je l'opérai le 4 janvier. Chacune des deux parties de la lèvre ayant été détachée du bord alvéolaire dans une certaine étendue, et jusque derrière l'aile du nez, je procédai à l'excision de chacun des bords de la division avec des ciseaux. C'est dire que les lambeaux ne furent pas conservés, ou laissés continus par leur base au bord libre de la lèvre, comme ils l'ont été, au contraire, dans quelques uns des cas suivants. La réunion a été faite au moyen de la suture entortillée, pour laquelle deux épingles ont suffi, et dont je secondai l'action par l'application d'un petit bandage unissant. Les aiguilles furent retirées après trois

jours, et la suture remplacée par le seul bandage unissant Après trois autres jours, ce bandage était devenu inutile, la jonction des deux parties de la lèvre était complète, et la conformation naturelle de la lèvre elle-même était rétablie, moins une très légère dépression sur le bord libre, au-dessous de la cicatrice verticale.

IIe Observation. — *Bec-de-lièvre unilatéral de la lèvre supérieure, tout à fait simple, du côté gauche. — Opération ; succès.*

A peu de temps de là, on confia pareillement à mes soins un jeune enfant qui, sous le rapport de la difformité congéniale, était dans les mêmes circonstances absolument que celui de l'observation précédente : division complète occupant le côté gauche de la lèvre supérieure, division bornée à cette lèvre, avec conformation parfaitement régulière des parties intérieures de la bouche. Mais le sujet, dont les parents, M. et Mme Cendrier, habitaient la rue des Petites-Écuries, était une petite fille déjà parvenue au huitième mois de sa naissance, et déjà aussi plus en état de subir avec succès l'opération applicable à sa difformité. Chose à noter : dès les premiers temps de sa vie, elle avait teté comme un enfant bien conformé ; on l'allaitait encore au moment où je fus prié de l'opérer. On aurait pu attendre qu'elle fût en âge d'être sevrée ; et l'on pouvait craindre qu'après les quelques jours durant lesquels il faudrait user d'un procédé artificiel pour la nourrir, elle ne voulût plus prendre le sein de sa nourrice, et qu'il y eût nécessité de la sevrer prématurément. Mais les parents de cette enfant étaient impatients de la voir délivrée de son bec-de-lièvre, et il y avait, à ne pas temporiser, l'avantage de ne pas être contrarié par le travail de la dentition. C'est au mois de mars, dans les premiers jours du printemps, que j'opérai cette petite fille. Tout fut fait quant à l'opération elle-même, et tout se passa consécutivement, comme dans le premier cas que j'ai rapporté. Le résultat fut exactement semblable : peut-être le bord libre de la lèvre était-il encore plus régulièrement conformé et plus

droit. On avait tenu la nourrice éloignée, en usant des précautions nécessaires pour entretenir chez elle la sécrétion du lait : l'enfant la reconnut après et malgré une absence de huit jours ; il prit son sein de nouveau aussitôt qu'elle le lui présenta.

IIIe Observation. — *Bec-de-lièvre bilatéral à lambeau moyen épais et long ; avec élargissement considérable de la base du nez ; avec avance considérable des deux os intermaxillaires joints l'un à l'autre ; avec fissure complète de la voûte palatine et division du voile du palais.—Première opération pratiquée sur la lèvre seulement pour la reconstituer.—Seconde opération destinée à refaire la sous-cloison du nez avec le lambeau moyen. — Réussite de ces deux opérations ; et restauration complète de la lèvre supérieure, et de la base du nez.*

Si j'ajoute à cette première indication que la saillie formée au milieu de la face par les deux os incisifs ou intermaxillaires réunis, était aussi considérable qu'il est possible qu'elle le soit dans un bec-de-lièvre compliqué de la sorte ; que le lambeau moyen de la lèvre, poussé en avant et comme renversé par cette saillie, paraissait se continuer immédiatement avec le lobe du nez ; et qu'enfin, à raison de l'âge du sujet, les deux incisives, depuis longtemps sorties de leurs alvéoles, et inclinées en avant, faisaient paraître plus grande encore l'avance osseuse formée par les os intermaxillaires, sans compter que grande était la diduction des deux parties de la voûte palatine, vous comprendrez qu'il s'agissait là d'un de ces becs-de-lièvre que l'on connaît sous le nom trivial de *gueule-de-loup*, qui réunissent toutes les complications ; et que celui-ci même les présentait au plus haut degré possible. J'avais vu peu de cas, et je n'en ai pas vu depuis celui-là, où un bec-de-lièvre eût autant le caractère d'une véritable monstruosité.

Le sujet avait déjà treize ans. Il était né, il avait vécu à la campagne. Cela explique jusqu'à un certain point comment il était parvenu à cet âge sans qu'on eût encore songé à le faire délivrer de son horrible difformité. On me l'amena à l'Hôtel-

Dieu. C'est là qu'il a été opéré, vers la fin du mois de mars, sans qu'il ait eu besoin d'y séjourner. Il m'avait été adressé et particulièrement recommandé par mon très honorable collègue, M. Cruveilhier, qui avait douté un moment qu'avec les ressources de la chirurgie les mieux appliquées on pût obtenir un résultat tant soit peu satisfaisant. Cependant tout n'était pas désavantageux dans la situation de ce jeune garçon; il était fort, bien constitué ; il avait la face grosse et les lèvres épaisses et charnues; il paraissait patient, résigné : il se montra tel, en effet.

Je lui fis une première opération le mercredi 20 mars. Le tubercule, qui comprenait les deux os intermaxillaires, était trop gros, et l'ossification de son pédicule était trop avancée pour qu'on pût songer à le refouler en arrière après avoir enlevé une partie de la cloison des narines. Je pensai qu'il fallait le sacrifier; je l'enlevai avec des tenailles incisives: préalablement j'en avais détaché le lambeau moyen de la lèvre, que je laissai adhérent au nez. Puis, je séparai chacune des deux parties latérales de la lèvre, et l'aile du nez correspondante, d'avec l'os maxillaire supérieur. J'avais pris la résolution de joindre ces deux parties latérales de la lèvre l'une à l'autre immédiatement, comme s'il s'était agi d'un bec-de-lièvre simple; et le moment était venu de retrancher une petite portion de chacune des deux pour en mettre les bords à l'état de cruentation. Il était bruit alors de l'heureuse application que M. Malgaigne venait de faire d'un procédé qui consiste à tailler les lambeaux de haut en bas avec un bistouri, en s'arrêtant à la ligne d'union du bord libre de la lèvre avec la peau, de manière à laisser chacun d'eux continu par sa base à la substance pulpeuse de ce bord libre. Ainsi conservés, les deux lambeaux sont mis en contact l'un avec l'autre par leur surface sanglante en même temps qu'on opère la coaptation des deux parties de la lèvre. De cette manière, si l'opération est couronnée de succès, la lèvre doit avoir plus de hauteur dans sa partie moyenne ; son bord libre doit être plus régulier, et

d'une partie des deux lambeaux réunis, on peut former ce tubercule médian qui concourt tant à donner à la bouche un contour gracieux.

Vu l'âge du sujet et la bonne constitution des lèvres, l'occasion me parut favorable pour faire un nouvel essai de ce procédé, que je connaissais depuis longtemps, et que j'avais déjà mis en usage deux fois, mais sans beaucoup de succès, à l'époque où il me fut communiqué par M. Clémot, de Rochefort : à la vérité, c'était sur des sujets beaucoup plus jeunes que je l'avais expérimenté quelques années auparavant. Ce que j'avais projeté de faire fut fait ; les deux petits lambeaux triangulaires, taillés de haut en bas, et laissés adhérents par leur base, s'adaptèrent parfaitement l'un à l'autre dès qu'une première épingle eut été appliquée au niveau du bord libre de la lèvre supérieure pour la suture entortillée. Comme cette lèvre avait une certaine hauteur, je plaçai deux autres épingles, trois en tout : celle d'en haut touchait à la base des ailes du nez ; et celle du milieu divisait en deux parties égales l'intervalle des deux premières. Il fallut, surtout en haut, serrer beaucoup le fil destiné à compléter la suture, et user d'une certaine force pour faire disparaître l'intervalle qui séparait les deux parties de la lèvre et en mettre les bords sanglants en contact immédiat. Un moment même j'appréhendai que ces parties ne fussent trop distendues et que, plus tard, elles ne se déchirassent là où elles étaient traversées par les aiguilles, malgré l'action d'un bandage unissant très exactement appliqué.

Mais elles résistèrent. Au quatrième jour, quand je retirai les épingles, il ne s'était fait aucune déchirure, et l'adhésion était établie entre les deux bords de la division dans toute la hauteur de la lèvre. Il y avait pareillement union intime entre les lambeaux, qui formaient ensemble une sorte de luette ou d'appendice au milieu du bord libre. Après quelques jours, durant lesquels la lèvre fut soumise à l'action d'un simple bandage unissant, je retranchai une portion de cet appendice, et n'en laissai que ce qui était nécessaire

traire ce petit lambeau à tout ébranlement, je le tins couvert avec une petite masse de charpie soutenue par une bandelette de sparadrap. Bientôt on put renoncer à toute précaution : le nez et la lèvre étaient reconstitués comme ils devaient l'être pour toujours. Jamais peut-être ces parties n'ont été vues dans un état plus approchant de leur conformation normale, après avoir été le siége d'une difformité du genre de celle à laquelle j'avais remédié ; jamais peut-être, en pareille occurrence, l'art n'a eu à se féliciter d'un succès aussi brillant. Sans la cicatrice médiane de la lèvre, c'était presque à ne pas croire que la difformité eût existé, ou du moins qu'elle eût été portée au plus haut degré. Pour mon compte, et dans le nombre si considérable d'opérations de bec-de-lièvre que j'ai pratiquées, je n'ai pas souvenir que, les circonstances étant les mêmes quant à la difformité, je sois jamais arrivé à un aussi beau résultat. La lèvre supérieure était un peu bridée; mais elle a dû s'agrandir et devenir plus souple en cédant au jeu des muscles qui la font mouvoir, et à mesure aussi que s'est opéré le rapprochement des deux parties latérales de l'arcade alvéolaire. S'il eût été possible de conserver l'avance qui comprenait les deux os intermaxillaires, l'arcade alvéolaire eût peut-être été ramenée à ses dimensions et à ses formes naturelles : mais aussi, quelles difficultés plus grandes n'aurais-je point éprouvées pour réunir les deux parties latérales de la lèvre! Très probablement j'aurais échoué dans cette dernière entreprise.

IVe Observation. — *Bec-de-lièvre double, présentant les mêmes dispositions que celles du cas précédent, mais sur un sujet de dix mois seulement; division complète de la voûte et du voile du palais.—Première opération semblable à la précédente ; immédiatement après, syncope ou asphyxie qui a failli causer la mort ; plus tard, désunion des deux parties latérales de la lèvre. — Nécessité d'une opération nouvelle pour une époque plus éloignée.*

C'est surtout par l'accident si imprévu, et toutefois bien heureusement terminé, qui a suivi l'opération immédiatement, que

syncope seulement; et tel a été peut-être, en effet, le caractère de l'accident. Toute manœuvre relative à l'opération fut suspendue. En toute hâte, je cherchai à exciter, à ranimer sympathiquement l'action du cœur par tous les moyens qui étaient à ma disposition. On projeta de l'eau froide sur la figure à plusieurs reprises et avec force; l'enfant fut déshabillé promptement; on l'exposa tout nu sur le rebord d'une fenêtre ouverte; on fit des frictions sur tout son corps; on titilla avec une plume l'intérieur des narines pendant plusieurs minutes, cinq ou six au moins, huit ou dix peut-être : vains efforts! soins superflus! On ne sent pas le moindre frémissement du côté du cœur; aucune artère ne bat; pas le moindre indice de vie; celle-ci paraît éteinte complétement, et je crois devoir faire prévenir la pauvre mère de l'enfant du malheur qui venait d'arriver. Cependant, et tout en désespérant de ramener à la vie ce malheureux petit être, et après avoir même déjà insufflé inutilement un peu d'air dans sa bouche avec la mienne propre, je m'avise de porter une sonde de gomme élastique jusqu'à l'isthme du gosier, jusque dans le pharynx, sans chercher à la faire pénétrer dans les voies aériennes. J'y pousse de l'air plusieurs fois, et avec une certaine force : bientôt, et à ma grande surprise, comme à la grande satisfaction de tous les élèves qui étaient témoins de cette scène, l'enfant fait quelques mouvements; ses joues se colorent; il fait une première inspiration, puis d'autres successivement; la circulation se rétablit; il jette de nouveau des cris : la vie est revenue chez lui pleine et entière.

Est-ce bien une syncope proprement dite qu'il a eue? N'a-t-il pas éprouvé plutôt une véritable asphyxie? Et cette asphyxie n'aurait-elle pas été produite par une cause mécanique? N'a-t-il pas pu se faire que, dans le cours de l'opération, un peu de sang soit tombé dans la bouche de l'enfant, ou plutôt s'y soit amassé sans que je m'en sois aperçu, et s'y soit coagulé; qu'un caillot ait franchi l'isthme du gosier; qu'il ait pressé sur l'épigastre, ou se soit même appliqué sur l'orifice même du larynx? Et ne serait-ce pas par le déplacement qu'elle a fait éprouver

différent, j'en fais le sujet d'un cas distinct, que je rapporterai plus bas. Ce sera le neuvième des dix que j'ai à exposer.

Ve OBSERVATION. — *Bec-de-lièvre congénial unilatéral comprenant la lèvre supérieure dans toute sa hauteur, du côté gauche, avec fissure de l'arcade alvéolaire, de la voûte palatine et du voile du palais, sur un enfant de onze mois. — Opération faite avec excision complète des lambeaux ; suture entortillée. — Succès complet.*

Le sujet de ce cas était un petit garçon des environs de Montfort-l'Amaury, parfaitement développé pour son âge, bien qu'il eût été nourri artificiellement, à cause de sa difformité. Il était de la campagne. On me le présenta à l'Hôtel-Dieu, où je l'opérai le vendredi 10 mai, sans qu'il ait été obligé d'y séjourner. Ses parents l'y amenèrent tous les jours pendant le temps qui a été nécessaire pour la guérison. La division de la lèvre s'étendait jusqu'à l'entrée de la narine, et ainsi que cela est ordinaire en pareil cas, l'aile gauche du nez était portée tant soit peu en dehors et en haut. Dans un bec-de-lièvre latéral, surtout quand la division est très éloignée de la ligne médiane, c'est seulement pour que la lèvre soit reconstituée avec sa hauteur naturelle qu'on peut songer à faire l'excision en conservant les lambeaux ; il est plus utile ou plus avantageux d'agir ainsi quand on a à réunir sur la ligne médiane deux parties semblables de la lèvre, comme dans un bec-de-lièvre double. Je ne cherchai point à obtenir une proéminence ou un petit mamelon sur le bord libre de la lèvre ; j'enlevai complétement les deux lambeaux, et pour former l'un et l'autre j'employai des ciseaux : c'est ma manière ordinaire de procéder. La suture entortillée a été faite avec deux épingles seulement, placées l'une immédiatement au-dessus du bord libre de la lèvre, l'autre au-dessous des ailes du nez ; après quoi j'ai appliqué un appareil unissant. Les épingles ont été retirées au commencement du cinquième jour ; un bandage unissant plus simple que le premier a remplacé la suture. Après huit jours

l'autre, l'opération se composa des mêmes manœuvres, et ces manœuvres furent très simples, puisque la difformité était sans complication aucune. Séparation de chacune des deux parties de la lèvre d'avec la partie correspondante du bord alvéolaire; de chaque côté, excision complète d'un petit lambeau triangulaire comprenant tout le bord libre de la fente, la partie qui devait le former ayant été préalablement saisie à la base, ou près du bord libre de la lèvre, avec une pince à ligature; puis application de la suture entortillée avec deux aiguilles seulement. J'aurais presque pu me dispenser de mettre un appareil unissant, tant la lèvre et les joues paraissaient souples après et malgré la coaptation la plus exacte des bords de la division. Je l'appliquai cependant, moins dans la crainte de quelque fâcheux événement si ces parties étaient abandonnées à elles-mêmes, que pour être fidèle à mes habitudes. Les soins consécutifs devaient être semblables pour deux cas si analogues, ou plutôt si parfaitement identiques : ils le furent, en effet, et ne différèrent pas sensiblement de ceux que j'ai déjà indiqués pour quelques uns des cas précédents. Un même sort attendait les deux êtres intéressants dont je viens de parler : chez tous deux la réunion des deux parties de la lèvre fut aussi immédiate, aussi complète, et aussi régulière que possible. Il n'y manquait qu'un peu plus de rectitude dans la ligne légèrement saillante qui fait la limite du bord vermeil de la lèvre et la sépare des téguments.

VIIIe Observation. — *Bec-de-lièvre simple, ou division congéniale de la lèvre supérieure du côté gauche seulement chez un petit garçon de trois ans.— Opération.— Restauration parfaite de la lèvre.*

C'était un cas tout à fait analogue aux deux qui précèdent immédiatement, si ce n'est que le sujet était un peu plus jeune; l'enfant, qui était un petit garçon nommé L'Heureux, fut reçu à l'Hôtel-Dieu avec sa mère. Il y entra le 29 juin, et je l'opérai le lundi 1er juillet. Tout fut fait, tout se passa sembla-

ant soit peu agrandi, puisqu'un petit fragment de la
droite avait été enlevé; pareillement, l'intervalle des
moitiés ou plutôt des deux parties latérales de la lèvre
augmenté de toute la perte de substance produite par le
er avivement. Toutes ces particularités devaient rendre
ation nouvelle un peu plus simple que la première; mais
ouvaient offrir aussi quelque désavantage pour le résultat.
vait à lutter contre une tendance plus grande de la lèvre
joues à se rétracter : puis, ce n'est point une chose favo-
qu'un grand vide derrière la lèvre, après le rapproche-
et la coaptation des bords de la division; les parties réu-
ont trop flottantes, trop mobiles : mieux vaut qu'elles
soutenues par le rebord alvéolaire.
allait braver ces petits désavantages, et profiter de ce qu'il
it de favorable dans l'état de l'enfant pour une opération
elle. Je la lui fis le mercredi 30 octobre. Je laissai provisoi-
nt le lambeau moyen flottant au-dessous du lobe du nez;
me des parties latérales de la lèvre, et l'aile du nez corres-
ante furent détachées de l'os maxillaire dans une grande
ue; et pour l'avivement je ne fis éprouver aux premières
ne très légère perte de substance. Je fis des lambeaux très
s, et ces lambeaux furent enlevés complétement. Pour
de sûreté, en faisant la suture je plaçai trois aiguilles : la
eur de la lèvre permettait cette fois de faire ainsi sans que

existait déjà : il y avait un hiatus à la partie supérieure de la lèvre ; mais la coaptation avait lieu dans les deux tiers inférieurs environ, et l'on pouvait présumer qu'une adhésion, faible encore sans doute, était établie entre les deux parties de la lèvre. Seulement, les deux lambeaux, que j'avais renversés l'un vers l'autre, et maintenus en rapport au moyen d'un petit fil qui les traversait, n'avaient pas pris part à cette adhésion. Ils étaient flétris et paraissaient mortifiés, si bien qu'au troisième jour ils tombèrent après s'être détachés de la lèvre au niveau même du bord libre : ce bord présentait dès lors une ligne parfaitement horizontale, sans dépression, sans échancrure aucune. A cette époque donc, il y avait lieu de compter immédiatement sur un succès, imparfait à la vérité, mais que la nature accomplirait plus tard en comblant le vide qui s'était formé à la partie supérieure de la lèvre. Au lieu de cela, des circonstances singulières sont advenues, et ont eu un résultat fort curieux.

J'avais exprimé le désir que l'enfant fût nourri, en partie au moins, avec le lait de la nourrice qui lui avait été destinée. C'eût été facile, non pas en le faisant teter, puisqu'il ne pouvait pas prendre le mamelon, mais en lui faisant boire ce lait exprimé du sein, et recueilli dans un vase chaud. Au lieu de cela, on continua à lui donner seulement du lait de vache coupé, et je ne sais plus quel autre liquide alibile. Ce mode d'alimentation n'était-il point en rapport avec sa constitution? ou bien quelque autre circonstance est-elle venue troubler l'harmonie de ses fonctions? Je ne sais laquelle de ces deux causes a agi : l'influence de la première est plus vraisemblable que celle de l'autre. Toujours est-il qu'en très peu de jours, et cela avant l'entière et parfaite consolidation de la lèvre, l'enfant parut dépérir, et dépérit, en effet, d'une manière sensible. Il dormait à peine, et criait continuellement. Bientôt les parties de la lèvre qui avaient paru réunies se séparèrent lentement, d'abord successivement de haut en bas, puis de bas en haut, malgré l'action d'une petite bande unissante dont les deux chefs se croisaient au-dessous du nez, ou l'application de ban-

delettes agglutinatives. Un moment vint, c'était au onzième ou douzième jour après l'opération, où elles ne tenaient plus l'une à l'autre que par une bride très ténue qui paraissait offrir peu de résistance ; et cette destruction du travail adhésif auquel la nature s'était livrée pendant plusieurs jours semblait indiquer la mort prochaine de l'enfant. Sur ces entrefaites, cependant, on en vint à essayer de lui faire prendre du lait de sa nourrice en le lui donnant avec un biberon : on put lui en donner beaucoup ; il le digéra bien.

A partir du moment où l'on eut commencé ce nouveau système d'allaitement, l'enfant reprit des forces, et bientôt cessèrent tous les symptômes qui avaient causé de justes alarmes. Malgré un tel changement dans l'état général de l'enfant, j'étais dans la persuasion que la bride, presque filiforme, par laquelle les deux parties de la lèvre étaient restées unies l'une à l'autre, se romprait, et que, la difformité reprenant son apparence première, il faudrait en venir plus tard à une nouvelle opération. Mais une grande et agréable surprise était réservée à M. Baudelocque et à moi, ainsi qu'aux parents de l'enfant. J'avais cessé de le voir depuis un certain nombre de jours, mes soins lui étant devenus inutiles jusqu'au temps où il faudrait l'opérer de nouveau, lorsque je fus prié d'aller reconnaître un changement extraordinaire que la lèvre avait éprouvé. La si petite bride que j'avais vue étendue d'une partie de la lèvre à l'autre, et que je croyais détruite, s'était maintenue ; elle avait augmenté en hauteur ; au-dessus et au-dessous il y avait eu, par les seuls efforts de la nature, rapprochement de ces deux parties de la lèvre. Plus tard, ce rapprochement ayant fait des progrès, la restauration a été sinon parfaite, du moins suffisante à certains égards. Sans doute la lèvre présente des traces trop visibles de la difformité originelle ; elle n'a pas, il s'en faut, une conformation gracieuse : mais une opération nouvelle ne serait nécessaire que si le jeune B.... que je vois quelquefois, qui a déjà huit ou neuf ans, était dominé plus tard par un sentiment de recherche et de coquetterie.

C'est l'unique fois que j'aie observé une telle succession de

phénomènes après une tentative de restauration de la lèvre dans un cas de bec-de-lièvre. La dernière circonstance surtout, savoir, qu'il y a eu rapprochement et adhésion des deux parties de la lèvre tardivement, et par les seuls efforts de la nature, alors qu'elles ne tenaient plus l'une à l'autre que par une sorte de filament, et cela chez un sujet très débile et presque nouveau-né, cette circonstance, dis-je, m'a paru des plus remarquables. Je ne sais pas si avant d'en avoir été témoin j'aurais admis qu'elle fût possible.

N'ai-je pas dit vrai en commençant, mon cher Lawrence? Tous ces faits réunis ne rappellent-ils pas presque tout ce qu'il est possible d'observer dans la pratique chirurgicale relativement au bec-de-lièvre? Ne résument-ils pas en quelque sorte toutes les nuances, tous les degrés du vice de conformation lui-même; et tous les âges différents des individus qui ont à subir l'opération par laquelle on y remédie; et la manière variée dont il faut que cette opération soit exécutée, selon que la difformité est de telle sorte ou de telle autre, et jusqu'à un certain point selon l'âge et le sexe, on pourrait presque dire aussi selon la condition sociale future de l'individu qu'on y soumet; et tous les accidents dont elle peut être suivie, soit immédiatement, soit consécutivement; et les résultats différents dont elle est susceptible; et les principales tentatives de la chirurgie moderne pour porter à une plus grande perfection, soit quant à la manière d'y procéder, soit quant au but qu'on veut atteindre, une opération pour laquelle il a paru pendant un temps que nos devanciers n'avaient rien laissé à faire? Enfin tous ces faits, considérés, soit ensemble, soit chacun séparément, ne sont-ils pas propres à reporter la pensée vers certaines questions qui ont divisé les chirurgiens, et

dont quelques unes les divisent encore, sur tout ce qui a trait à l'histoire tératologique du bec-de-lièvre, et aux ressources dont la médecine opératoire peut disposer contre cette difformité? Permettez-moi d'aborder avec vous les principaux de ces différents points de vue de la question générale.

I. Des neuf sujets qui ont fourni les dix cas que j'ai rapportés, les uns m'ont présenté le bec-de-lièvre le plus simple : c'était une fente unique de la lèvre, placée en dehors de la ligne médiane, sans déformation aucune ni de la voûte palatine, ni du voile du palais. Aucun d'eux ne présentait non plus ce qui a lieu dans quelques becs-de-lièvre simples, savoir une légère altération, quelque chose d'imparfait dans la courbe de l'arcade alvéolaire, et dans la position des dents, probablement par suite du rapprochement tardif des diverses parties de cette arcade, en y comprenant les os incisifs. Chez tous les sujets de cette première catégorie, la division de la lèvre s'étendait jusqu'à l'entrée de la narine; aussi y avait-il une légère déformation de l'aile du nez du côté correspondant à la division labiale, tandis qu'il y a toujours symétrie parfaite de position entre les deux ailes du nez lorsque la lèvre est divisée dans une partie de sa hauteur seulement. Sur d'autres, avec la division de la lèvre dans toute sa hauteur pareillement, et d'un seul côté, il y avait fissure de l'arcade alvéolaire en dehors de l'os incisif du côté correspondant, fissure aussi de toute la voûte palatine et du voile du palais.

Chez tous ceux-ci, la difformité avait son siége du côté gauche; il en était de même pour les précédents.

un seul excepté. Il serait peu logique d'induire de ces seuls faits que dans les becs-de-lièvre uniques avec ou sans déformation des parties solides de la face, la division de la lèvre est plus fréquente à gauche qu'à droite; car le hasard seul aurait pu les réunir tels qu'ils ont été sous ce rapport; de même que, par un hasard contraire, ils auraient pu offrir une proportion inverse. Mais, que le bec-de-lièvre unique affecte bien plus souvent le côté gauche de la lèvre que le côté droit, c'est une chose très certaine, et que d'autres observateurs auront peut-être déjà remarquée. Des centaines de faits m'ont mis à même de noter cette singularité; je l'ai signalée depuis longtemps. On peut en donner une raison assez plausible. N'est-elle pas une conséquence de cette loi de l'organisme, d'après laquelle les forces de la vie sont inégalement départies entre les deux grandes moitiés de notre corps, et cela dès que la puissance formatrice entre en activité? Et s'il est vrai que le bec-de-lièvre à tous les degrés, à l'état le plus simple, comme avec ses diverses complications, procède d'un arrêt de développement, et c'est en effet l'origine la plus probable de cette difformité native, on conçoit que cet arrêt de développement doit se faire plutôt, ou plus souvent, du côté du corps où la puissance vitale a le moins d'énergie. On remarque cela pareillement pour d'autres vices originels de conformation qui sont placés en dehors du plan médian du corps. Et, dans tout le cours de notre existence, combien d'autres phénomènes s'accomplissent sous l'influence de cette loi de l'organisme! Combien proviennent de cette inégalité dans le développement physique, ou dans le partage du principe

d'action de nos organes, entre les deux grandes moitiés du corps ! Combien d'effets divers, dans l'état de santé, comme dans les maladies, attestent l'empire de cette sorte de dualité !

Enfin deux, et deux seulement, des neuf enfants avaient deux divisions latérales de la lèvre, c'est-à-dire un bec-de-lièvre double, non pas sans complication, mais avec toutes les dispositions anormales des parties moyennes de la face qui peuvent accompagner la division labiale; avec élargissement de la base du nez; avec avance ou saillie des deux os incisifs, restés unis l'un à l'autre, mais formant ensemble sous le lambeau moyen de la lèvre un gros tubercule isolé des parties latérales de l'arcade alvéolaire; avec division de toute la voûte palatine et du voile du palais. C'est le bec-de-lièvre au plus haut degré, avec ses complications extrêmes. Tantôt alors la cloison des narines, comme projetée ou prolongée un peu en avant, est tout à fait isolée; son bord inférieur est libre; tantôt, au contraire, elle est inclinée d'un côté, et appuie sur la partie correspondante du plancher des narines.

Toutefois, quelques variétés remarquables manquaient. Il est vrai qu'elles sont plus rares que les précédentes. Aucun des neuf enfants n'a présenté, ni le cas si simple d'une division bornée au tiers, à la moitié inferieure de la lèvre, ne s'étendant pas dès lors jusqu'à l'ouverture de la narine; ni le bec-de-lièvre double sans autre déformation concomitante des parties situées au delà de la lèvre; ni cette même double division labiale avec un très petit tubercule médian, appliquée sur un seul des os incisifs isolé des autres parties de l'arcade alvéolaire; ni la division

simple ou double de la lèvre, avec fissure de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine dans la partie antérieure seulement; ni le bec-de-lièvre, également simple ou double avec diastématostaphylie seulement, sans déformation aucune du palais solide, cas dans lequel ces deux divisions des parties molles, l'une extérieure ou superficielle, l'autre intérieure ou profonde, semblent n'avoir entre elles aucune connexité d'origine, et n'être dans aucune sorte de dépendance mutuelle. Telles sont, en effet, après celles que j'ai indiquées en premier lieu, les formes variées du bec-de-lièvre, les manières d'être diverses, ou simples, ou composées à tel degré ou à tel autre, de ce vice originel de conformation, pour lequel la chirurgie restauratrice s'est montrée si ingénieuse et si féconde en ressources. L'énumération que je viens d'en faire suffit ici : il serait bien superflu que je décrivisse minutieusement chacune d'elles. Il ne le serait pas moins que j'en abordasse l'examen au point de vue de la tératologie : pour cela, je renvoie au bel ouvrage de notre savant zoologiste, M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Je puis bien cependant, sans trop franchir les limites que je me suis imposées, vous dire en peu de mots, mon cher ami, vers quelle opinion je me range, quant à la cause naturelle du vice de conformation lui-même.

II. Grâce aux progrès de l'anatomie philosophique, l'origine des difformités congéniales, et en particulier celle du bec-de-lièvre, n'est plus aussi obscure qu'elle l'a été pendant longtemps. Sans doute, on ne connaît pas bien encore toutes les causes provocatrices de ces difformités, toutes les circonstances éventuelles qui peuvent imprimer une marche irrégulière au développement de telle ou de telle

sions vives, éprouvées par la femme enceinte,
t faire naître chez le fœtus, peut-être certains
nais plutôt encore des conformations bizarres ou
s, des difformités proprement dites, en portant la
ation dans le mouvement nutritif, en changeant le
l'évolution ou de développement des organes.
quant au comment cette influence perturbatrice
e, ce ne doit être ni par une modification dans
g qui circule incessamment de la mère au fœtus,
œtus à la mère; ni par une simple anomalie dans
ports que la circulation établit entre ces deux
Ce doit être plutôt par l'intervention du système
x. Il doit exister quelque lien caché, sympathique,
nère à l'enfant : le fœtus doit être dans une sorte
endance de l'individu aux dépens duquel il vit,
ent que par le sang qu'il en reçoit; et je conçois
ien que de vives impressions éprouvées par sa
retentissent jusqu'à lui. Je comprends que ces im-
ns puissent provoquer des arrêts de développe-
et que, même selon leur caractère, elles puissent
re telle perturbation plutôt que telle autre dans

mais, à mon sens, cela n'est ni plus extraordinaire, ni plus merveilleux, ni plus incompréhensible. Les doctrines en faveur sur le mode d'évolution du fœtus semblent jeter une certaine ombre de vraisemblance ou de probabilité sur ce qui a été dit, et sur ce que pense le vulgaire de l'influence de l'imagination des mères sur certains vices de conformation du fœtus.

Je me borne avec vous à ces courtes remarques sur le bec-de-lièvre considéré en lui-même et relativement à son origine, et je passe à l'examen d'une question qui a beaucoup occupé les praticiens, sans qu'elle soit encore parfaitement résolue. Elle naît pareillement du fond même des observations que j'ai rapportées.

III. Presque tous les sujets de ces observations étaient d'âge différent au moment où j'ai eu à leur pratiquer l'opération applicable à la difformité qu'ils avaient apportée en naissant. L'un était aussi jeune que possible ; il était né de la veille ou de l'avant-veille ; il avait à peine quarante-huit heures d'existence. Un autre avait quatre mois et demi ; un troisième huit mois ; un quatrième dix mois ; et, quand celui-ci, chez lequel une première opération ne réussit pas, dut en subir une seconde, il avait atteint l'âge de dix-huit mois : un cinquième avait près d'un an. Trois autres avaient déjà dépassé la première enfance, et avaient, l'un trois ans, un autre quatre ans, et le troisième six ans. Enfin un dernier, toujours en les considérant relativement à l'âge, était dans le cours de sa quatorzième année. Ce dernier fait est remarquable. Bien rarement a-t-on à pratiquer si tard l'opération pour un bec-de-lièvre congénial : je ne l'avais jamais faite sur un sujet si âgé. Le plus ordinairement, en

effet, les parents des enfants qui naissent avec ce vice de conformation les en font délivrer le plus tôt possible. Leur sollicitude prévient de loin un désir qui ne se manifeste guère chez les enfants eux-mêmes que lorsque leur raison est déjà un peu développée.

Une si grande variété sous le rapport de l'âge, chez des sujets nés avec une division congéniale de la lèvre supérieure, n'avait rien en soi d'extraordinaire. Ce que m'a présenté une catégorie de neuf individus, c'est ce que j'ai observé dans d'autres groupes de faits ou plus nombreux, ou moins nombreux ; c'est ce qui a lieu généralement. Et comment n'en serait-il pas ainsi? Le désir, la volonté, quelquefois même, le caprice des parents, ont presque toujours la plus grande part dans la détermination du moment où l'on entreprend la guérison de cette difformité. Plusieurs fois aussi c'est par des circonstances tout à fait fortuites que l'opération, sans laquelle un bec-de-lièvre subsisterait indéfiniment, est faite, ou très peu de temps après la naissance, ou après quelques mois, ou seulement après quelques années. Pourtant il doit y avoir une époque, un moment, un âge enfin plus favorable que tout autre pour la réussite de cette opération, comme pour tous les avantages qu'on en espère; et cela, sinon pour chaque cas en particulier, au moins pour les cas de telle sorte ou de telle autre, en un mot dans des circonstances données.

Vous le savez, mon cher ami, on a beaucoup raisonné à cet égard. On a surtout agité la question de savoir s'il peut être avantageux de soumettre à l'opération des enfants nouveau-nés, c'est-à-dire des enfants qui n'ont encore que

succès de l'opération. Tantôt il y a eu simple désunion des deux parties de la lèvre, ou plutôt le travail adhésif ne s'était établi qu'imparfaitement; la réunion ne s'est point opérée; et la difformité est revenue à l'état où elle était primitivement, mais avec la légère perte de substance produite par l'avivement. Deux fois il m'est arrivé de répéter, et de répéter avec succès, les enfants ayant atteint l'âge de deux ou trois ans, l'opération qui avait été pratiquée inutilement à une époque très rapprochée de la naissance. Tantôt aussi, en même temps que la réunion a manqué, l'ulcération ou la déchirure des lèvres de la division a causé un dommage plus grand que celui qui devait résulter du simple avivement. Plusieurs fois j'ai vu se déclarer un état d'épuisement, auquel les enfants ont succombé assez promptement, qui ne paraissait pas provenir seulement du mode d'alimentation auquel il avait fallu les soumettre. Et ce que je n'ai vu heureusement qu'une seule fois, et cela chez un enfant qui avait déjà quelques semaines, une petite hémorrhagie se déclara dans la nuit qui suivit le jour où je l'avais opéré : on ne s'en aperçut pas; l'enfant fut trouvé mort dans son lit le lendemain matin. Peut-être avais-je failli; peut-être les points de suture n'avaient-ils pas été serrés au degré convenable; et peut-être l'hémorrhagie n'a-t-elle été forte au point de faire périr l'enfant que parce que les premières gouttes de sang tombées dans la bouche ont provoqué des mouvements de succion. Somme toute, j'ai eu presque autant de revers que de succès dans les opérations que j'ai eu à faire sur des enfants qui n'avaient encore que quelques jours ou quelques semaines d'existence.

Je serais fort surpris que votre expérience propre et

re supérieure, à peine y a-t-il place pour deux points de ure ; et ce n'est pas toujours chose facile de mettre dans contact parfait les deux bords si minces de la division, ès qu'ils ont été avivés. Le fait est que, même avec grande habitude de pratiquer l'opération dont il s'agit, obtient rarement chez des enfants nouveau-nés une ptation aussi parfaite, aussi régulière que possible, deux parties de la lèvre : aussi voit-on bien rarement èvre parfaitement restaurée, même après l'opération qui e mieux réussi. Ne faut-il pas tenir compte encore de gêne que doit éprouver et qu'éprouve presque toujours respiration à cause du resserrement de la bouche et de ntrée des narines, et du mode insolite, et toujours dé-tueux, d'alimentation auquel l'enfant sera soumis pen-nt le temps nécessaire à une parfaite consolidation de la vre ? Il est probable que ces deux dernières circonstances nt la cause principale du dépérissement dans lequel on it tomber certains enfants opérés trop peu de temps après naissance. S'il était besoin de faits assez probants à t égard, je citerais le dernier des cas particuliers dont i donné la description comme devant servir de base à utes mes remarques générales. Vous l'avez vu, par un nheur inespéré, la nature, et la nature seule, a réparé tout mal qui devait provenir du dépérissement de l'enfant.

C'est donc chose certaine qu'on peut réussir, et qu'on ussit même assez souvent en tentant de délivrer d'un c-de-lièvre congénial des enfants âgés seulement de elques semaines, ou même des enfants tout à fait nou-au-nés. On peut donc, sans scrupule, condescendre aux stances de quelques parents, surtout si les enfants qu'il

ne ces enfants ne fussent opérés qu'à l'âge de trois ou uatre ans ; que dis-je? plus tard même, si beaucoup de irconstances ne s'opposaient pas à un trop long délai. A uel beau résultat je suis parvenu chez le jeune garçon de eize ans, dont le cas est compris parmi ceux que j'ai apportés! J'ai la conviction que ce résultat eût été moins atisfaisant, qu'il eût été incomplet sous quelque rapport, i cet enfant eût été plus jeune de quelques années. Vous vez vu ce qui est arrivé chez un autre qui se trouvait dans es mêmes circonstances exactement, quant au caractère e la difformité, mais qui n'avait que dix mois lorsque je ui fis une première opération. Cette première opération anqua; il fallut en pratiquer une seconde. Celle-ci fut uite huit mois plus tard, heureusement avec succès, non as, toutefois, sans que j'aie été un moment inquiet sur e résultat.

Voilà pour l'âge considéré en lui-même, sous le rapport les bonnes et des mauvaises chances qui y sont attachées, u dont il peut être la source chez les enfants qu'on onge à délivrer d'un bec-de-lièvre. Mais, bien rarement eut-on, et doit-on même avoir égard à cette circonstance eulement, pour entreprendre l'opération à telle époque u à telle autre. Presque toujours, tout au moins dans un rand nombre de cas, d'autres considérations sont en pré-ence. Combien souvent déjà ne faut-il pas tenir compte lu désir, de la volonté même des parents, et selon leur réoccupation, hâter ou retarder le moment de l'opération! e vœu du plus grand nombre, leur vœu le plus ordinaire st qu'elle soit retardée le moins possible; et quelques ns vont, comme je l'ai dit, jusqu'à vouloir que leurs en-

le bec-de-lièvre simple. On croirait qu'il doit toujours mettre obstacle au mécanisme de la succion, et que tout enfant qui en est atteint en venant au monde doit être dans l'impossibilité de teter. Il n'est pas rare, au contraire, de voir des enfants qui, avec une telle conformation vicieuse de la lèvre, prennent le sein d'une nourrice, et qu'on peut ainsi soumettre à l'allaitement naturel. C'est comme dans la division simple du voile du palais. Le plus ordinairement, et de quelque manière qu'on s'y prenne, on ne parvient pas à faire teter les enfants qui naissent avec ce dernier vice de conformation ; il y a nécessité de les allaiter artificiellement. Mais dans quelques cas on est assez heureux pour échapper à cette fâcheuse nécessité. Ce ne peut être, toutefois, qu'en donnant à l'enfant une position verticale, pendant qu'on essaie à le faire teter. C'est ainsi qu'avait pu être élevé par sa mère, comme je vous le rappellerai plus tard, M. Stephenson, ce jeune médecin pour qui j'ai créé la staphyloraphie, et qui a joui le premier des bienfaits qu'on peut espérer de cette opération. Bien entendu que, lorsqu'un enfant qui naît avec un bec-de-lièvre peut prendre le sein de sa mère ou d'une nourrice, et ce ne peut guère être que lors d'un bec-de-lièvre simple, il n'y a point à songer à lui faire promptement une opération, au moins dans le but de le rendre apte à exercer la succion.

Mais j'oublie ces cas exceptionnels, et je raisonne d'après ce qui est le plus ordinaire. Eh bien, au moment de la naissance, et dans les premiers temps de la vie, l'opération, sans être indispensable et urgente, est plus indiquée dans les becs-de-lièvre très simples que dans

le division du voile du palais, subsistant après la olidation de la lèvre, suffirait pour mettre obstacle à ccion. Il est bien vrai, pour le cas de diduction des parties de la voûte palatine, que cette diduction doit raître, soit en partie seulement, soit en totalité, par it même de la reconstitution de la lèvre : c'est ce que blirai plus tard à propos de la staphyloraphie. Mais hénomène dont il s'agit ne peut s'effectuer que ment ; et bien que la nature mette d'autant moins de s à l'accomplir que les sujets sont plus jeunes, on dire que l'enfant ne recouvrerait la faculté de teter lorsque cette faculté lui serait devenue inutile.

ce que je viens de dire, je ne verrais d'exception que le cas, assez rare, d'un bec-de-lièvre simplement bila- l. Strictement, en effet, dans le but de rendre possible itement naturel après un laps de temps assez court, ourrait encore hasarder, ou bien une seule opération, cas comportait l'opération en un seul temps pour deux divisions de la lèvre, ou bien deux opérations ntes, qui seraient faites à deux époques aussi peu nées que possible l'une de l'autre. C'est, toutefois, ue je n'ai jamais voulu entreprendre; j'ai toujours sté aux instances qui m'ont été faites par quelques nts d'enfants nés avec un bec-de-lièvre qui n'était ement compliqué que parce qu'il était double. J'ai ours pensé que l'opération applicable à une division géniale de cette sorte ne devait pas être pratiquée sur sujets en trop bas âge. C'est un de ces cas dans lesquels a tout avantage à attendre, et à attendre longtemps, r mettre à profit les dispositions favorables que le

plus tard, les chances de succès doivent être plus grandes. Maintenant comme plus tard, et plus tard comme maintenant, faire disparaître la difformité, laquelle existe au moindre degré possible, c'est le seul but qu'on puisse se proposer. Mais, dans presque toutes les complications avec lesquelles le bec-de-lièvre peut se présenter, il y a à espérer d'une opération qui réussit autre chose que la disparition de la difformité extérieure. Ainsi, y a-t-il division de la voûte palatine, les deux parties de cette voûte se rapprocheront par le seul fait de la réunion de la lèvre. Y a-t-il disjonction, séparation, des os incisifs d'avec les os maxillaires (et cette disjonction n'existe jamais sans que l'un de ces petits os, ou tous les deux ensemble fassent une avance, une saillie plus ou moins considérable, et, presque jamais non plus, sans une division double de la lèvre), cette autre difformité disparaîtra, soit qu'on ait abattu cette saillie, à laquelle la cloison des narines forme une sorte de pédicule, soit qu'on ait essayé de la repousser dans l'intervalle qui séparait les deux parties latérales de l'arcade alvéolaire. Eh bien, tous ces résultats, on peut désirer de les obtenir chez un enfant qui a déjà huit ou dix mois, ou un an. Il est certain même qu'à cette époque de la vie on les obtient, et plus facilement, et plus promptement que sur des enfants plus avancés en âge.

Est-ce à dire pour cela qu'il faille toujours profiter de cette première époque favorable, pour pratiquer l'opération applicable aux becs-de-lièvre compliqués? Non, assurément, ce n'est pas la conséquence de l'idée que je viens d'émettre. J'ai voulu seulement faire entendre que chez

stituer le voile du palais par la staphyloraphie. Mais, tandis que l'opération du bec-de-lièvre est praticable à tous les âges, voire même dans les premiers temps de la vie, la staphyloraphie ne peut guère être faite que sur des sujets qui ont au moins quinze ou seize ans. D'un autre côté, cette dernière opération, qui, généralement, présente d'assez grandes difficultés, est d'une exécution un peu plus facile quand on peut profiter de l'ampleur que donne à l'ouverture de la bouche, et à la bouche elle-même, un bec-de-lièvre auquel on n'a pas encore touché. Ces deux opérations différentes devant ainsi être faites l'une après l'autre, et à deux époques différentes, dans quel ordre peut-il être plus avantageux de les faire succéder l'une à l'autre? Quelle la première? quelle la seconde? Telle est la question que je faisais pressentir il n'y a qu'un moment.

Cette question n'en est une réellement, et il ne peut y avoir quelque hésitation sur le parti à prendre, qu'à l'égard des sujets qui, n'ayant pas subi dans leur enfance l'opération applicable au bec-de-lièvre, approchent de l'âge où ils pourraient être soumis à la staphyloraphie. En effet, sur des sujets plus jeunes, chez des enfants du premier ou du second âge; en un mot, chez tous ceux qui ont moins de quatorze ou quinze ans, on ne peut pas remettre à faire disparaître le bec-de-lièvre jusqu'au temps où l'on aura pu pratiquer la staphyloraphie. Ce serait chose puérile de laisser subsister la difformité extérieure cinq ou six années encore, ou même plus, en vue d'un peu moins de difficultés pour la suture du voile du palais. A quoi il faut ajouter qu'on laisserait s'écouler sans fruit un temps encore très

favorable au rapprochement des deux parties de la voûte palatine, dans les cas où la bifidité de cette voûte compliquée à la fois, et le bec-de-lièvre, et la division du voile palatin.

Mais sur des sujets un peu plus âgés, au contraire, sur des sujets parvenus à l'époque de la vie où la staphyloraphie est praticable, il y a tout avantage à ne s'occuper du bec-de-lièvre qu'après avoir tenté cette autre opération. Pourquoi ne profiterait-on pas, en effet, de la facilité que l'état de la lèvre peut donner pour le jeu des instruments au fond de la bouche? Et même, je consentirais volontiers à ce que, pour un sujet de quatorze ou quinze ans, on oubliât le précepte que je donnais il y a peu d'instants. Deux ou trois années d'attente doivent suffire pour que le moment soit venu de le soumettre à la staphyloraphie avant de lui faire l'opération du bec-de-lièvre. C'était presque le cas dans lequel se trouvait le sujet d'un des faits que j'ai rapportés, celui de la Ve observation. Je songeai un moment à combattre le désir qu'avaient les parents de ce jeune garçon, qu'il fût délivré le plus tôt possible du bec-de-lièvre très compliqué avec lequel il était venu au monde, et qu'il avait conservé si longtemps : j'aurais presque voulu qu'il le gardât jusqu'à l'époque où l'on aurait pu s'occuper de la division du voile du palais. Mais il n'était point de Paris; on lui avait fait faire un assez long voyage pour l'amener dans la capitale. C'eût été chose pénible pour ses parents que leur attente ne fût pas remplie. Puis, ce jeune garçon n'avait guère plus de treize ans : il était né, et avait été élevé à la campagne; il ne devait pas avoir de bonne heure la force de raison qui est nécessaire pour subir la

staphyloraphie; il se pouvait même qu'il n'eût jamais le désir que cette opération lui fût pratiquée. Toutes ces considérations me détournèrent de la première pensée que j'avais eue. Je me félicite maintenant du parti que j'ai dû prendre à son égard, puisque l'opération faite sur la lèvre a eu un résultat si remarquablement beau. Ce jeune garçon y a gagné cela encore, que, bien qu'il eût déjà treize ou quatorze ans, il y aura eu, par le fait de la restauration de la lèvre, disparition de l'ouverture que présentait la voûte du palais, au moins dans la partie antérieure. Que sais-je même? peut-être y a-t-il eu aussi diminution de l'intervalle qui séparait les deux parties du voile du palais. Si l'on a dû agir sur ce dernier organe, l'opération aura été entreprise, non pas avec plus de facilité, mais avec plus de chances de succès que si j'eusse laissé subsister le bec-de-lièvre.

---

graves de la difformité à laquelle elle se rapporte.
ute, l'hésitation, la divergence d'opinion des prati-
ont leur source dans l'incertitude du résultat de
ation elle-même. Eh bien, c'est chose positive, c'est
démontrée par l'expérience, que le succès de l'opé-
est d'autant moins probable que les sujets sur les-
on la pratique sont plus jeunes. Les enfants nou-
nés sont sous ce rapport dans les conditions les plus
orables. Les chances de réussite augmentent à mesure
s'éloigne de la naissance; et n'étaient tant de consi-
ons, tant de motifs plus ou moins plausibles qui
nt à ne pas laisser grandir avec leur difformité les
atteints d'un bec-de-lièvre, il y aurait un avantage
ce qu'ils fussent opérés à une époque plus éloignée
première enfance qu'on ne le fait ordinairement.
mon dernier mot sur ce point.

. J'ai maintenant à agiter quelques questions concer-
'opération elle-même, et à vous faire connaître les
ats de ma propre expérience pour la solution de ces
ions. Mais il me faut préalablement exposer en peu
ots quelle a été presque de tout temps, et quelle est
llement encore ma manière de procéder à cette opé-
dans les cas simples, qui sont aussi les plus ordi-
s. Je le sens, vous trouverez que c'est reproduire
à un certain point ce que j'ai pu dire autrefois, soit
ma *Médecine opératoire*, soit dans l'article Bec-de-
du *Dictionnaire de médecine*. Mais je le ferai brève-
, et avec la confiance que la description nouvelle
ra, plus encore que les précédentes, empreinte
ractère que peuvent seules donner aux choses de ce

temps qu'il pousse les joues en avant, et qu'il tâche de comprimer avec les doigts les artères faciales sur la mâchoire inférieure. Ces premiers soins pris, je divise, d'un côté d'abord, puis du côté opposé, l'espèce de bride par laquelle chacune des deux parties de la lèvre tient au bord alvéolaire; en d'autres termes, je détache chaque portion de la lèvre d'avec la mâchoire supérieure, assez pour pouvoir pratiquer facilement l'excision : pour cela je me sers d'un petit bistouri convexe. Quelquefois, il y a nécessité d'étendre cette sorte de dissection jusque derrière l'aile du nez : c'est surtout quand la division comprend toute la hauteur de la lèvre, et plus encore quand il y a en même temps fissure de l'arcade alvéolaire. Mieux vaut toujours faire plus que moins : on se prépare plus de facilités soit pour l'avivement, soit pour la coaptation des deux parties de la lèvre.

Cet avivement, que j'appellerai le second temps de l'opération, j'y procède incontinent après la séparation de la lèvre d'avec la mâchoire. Je l'ai toujours fait avec des ciseaux, si ce n'est dans les quelques cas assez récents où, pour expérimenter les vues d'autres chirurgiens, j'ai voulu conserver les lambeaux, et les adapter l'un à l'autre par leurs surfaces sanglantes, dans le but d'obtenir une plus parfaite restauration de la lèvre. Chacun des deux lambeaux doit être triangulaire, et avoir sa base en bas; elle est prise sur le bord libre de la lèvre. Pour les bien tailler avec des ciseaux, il faut que chaque bord de la division soit préalablement saisi à sa partie inférieure avec une petite pince érigne, ou tout simplement avec une pince ordinaire à ligature. J'ai l'habitude de faire en premier

comprends que quelques chirurgiens n'aient pas eu à se repentir de l'avoir employée; mais la suture entortillée est de beaucoup préférable. Avec cette suture, aucun point de la division n'échappe à l'action unissante; la coaptation des bords est uniforme : et, chose importante, avec elle aussi, il y a moins à craindre la déchirure des parties traversées par chaque aiguille; les verges métalliques coupent moins facilement les chairs qu'elles parcourent, et sur lesquelles elles agissent, que ne le font les fils de la suture simple, qui ont des nœuds et forment des anneaux complets.

Pour faire la suture entortillée, je place trois aiguilles parallèlement les unes aux autres et à des intervalles égaux, ou deux seulement, selon que la lèvre a plus ou moins de hauteur. L'inférieure correspond à la limite même des téguments, près du bord libre, et je mets celle d'en haut immédiatement au-dessous des ailes du nez. Toutes, une fois engagées, doivent avoir leurs extrémités à trois lignes au moins, ou même à quatre lignes des bords qu'elles traversent. Je me sers indifféremment, ou de fortes épingles ordinaires un peu longues, ou de verges d'acier à pointes en fer de lance, ou de verges d'argent ayant une pointe amovible d'acier. Besoin n'est pas que je reproduise sur la manière de les placer des détails qu'on trouve dans tous les ouvrages classiques : avec vous ces détails seraient déplacés. Je passe également sous silence ce qui concerne l'arrangement du fil destiné à compléter la suture. Permettez-moi de dire seulement que, tout en tenant à ce que l'espèce de traction exercée par les anses multiples qu'on forme avec ce fil ne soit ni trop faible, ni trop forte, ou à

bandage unissant à la suture. C'est ce que je fais très souvent, surtout après l'opération pour un bec-de-lièvre simple, dans la conviction où je suis que les cris, même les plus forts, ne peuvent produire ni une distension, ni une contraction des joues capable d'occasionner la déchirure des lèvres. Quand je crois devoir appliquer un petit appareil unissant, je le dispose de manière qu'il agisse en maintenant les joues poussées en avant. C'est seulement lorsque la suture est enlevée qu'on peut agir sur des parties très rapprochées des bords de la division, et sur ces bords eux-mêmes, avec un bandage unissant proprement dit. Pour cela, quand le moment est venu, je ne trouve rien de plus simple qu'une bande roulée à deux globes avec laquelle on entoure d'abord la tête, et dont les deux parties, amenées de l'occiput sur les joues jusque sous le nez, sont croisées au-devant de la lèvre, l'une des deux étant engagée dans une boutonnière faite à l'autre. On a quelque peine à se figurer la force avec laquelle ce bandage si simple agit, et combien il est puissant pour maintenir en contact les deux parties de la lèvre, et prévenir leur disjonction. Que dis-je? il m'est arrivé d'en user comme dernière ressource, et avec succès, pour obtenir une réunion secondaire dans des cas où il n'y avait point eu d'adhésion primitive; ou bien encore dans des cas où, par quelque accident, les deux parties de la lèvre s'étaient séparées après l'enlèvement de la suture. Généralement, je préfère pour les lèvres ce petit bandage unissant à l'application de bandelettes agglutinatives.

Pour saisir l'occasion de faire quelques remarques sur ce dernier bandage, j'ai perdu de vue un moment l'appa-

dire qu'elles doivent être retirées de telle manière ou de telle autre, c'est-à-dire d'un côté ou d'un autre, selon qu'on s'est servi ou d'épingles à tête, ou d'aiguilles sans tête et à lance fine, ou de verges cylindriques dont la pointe a été enlevée. Quelquefois il m'arrive, après avoir ôté les deux supérieures, de laisser celle d'en bas un jour de plus; c'est lorsque les petites masses de fil qui correspondaient aux premières étant retranchées, je m'aperçois que l'adhésion est trop faible entre les bords de la division, et quand d'ailleurs les ouvertures faites par les aiguilles ne sont pas trop ulcérées.

On a recommandé, et peut-être ai-je recommandé moi-même dans un temps, de laisser les fils attachés à la peau pendant un jour ou deux après qu'on a retiré les aiguilles. Ils font l'office, a-t-on dit, d'emplâtres agglutinatifs, et maintiennent en contact les deux parties de la lèvre. Mais j'ai cru remarquer dans beaucoup de cas que leur présence avait causé l'ulcération des points de suture, je veux dire un agrandissement considérable des ouvertures pratiquées par les aiguilles. Depuis longtemps j'ai pris une autre habitude. Je retire bien les aiguilles sans décontourner préalablement le fil avec lequel ont été faits, tant dans le sens horizontal que dans le sens vertical, les huit de chiffre dont les anneaux en embrassent les bouts; mais aussitôt qu'elles sont retirées, j'enlève toute la masse du fil. Je veille toutefois à ce que les joues soient maintenues immobiles par une forte pression exercée d'arrière en avant : cela est nécessaire surtout chez les enfants, dont on a tant à craindre l'agitation et les cris. J'applique ensuite, avec ou sans

que la peau a été déchirée, ou profondément ulcérée par les points de suture : voilà autant d'imperfections, quelques unes très légères, d'autres plus graves, que le chirurgien le plus habile ne peut pas toujours éviter. Plusieurs sont réparables jusqu'à un certain point ; mais ce ne peut être qu'en pratiquant une nouvelle opération, qui consiste à enlever la portion défectueuse de la lèvre, comme si elle était le siége de quelque altération pathologique, pour obtenir ensuite une coaptation plus régulière des deux parties latérales. Je n'ai jamais eu le courage de faire, ni seulement même de proposer chez des enfants une telle opération itérative, pour corriger les imperfections de la première : mais je l'ai pratiquée plusieurs fois sur des sujets déjà grands ; et je le dirai sans orgueil, comme sans malveillance, ça été dans presque tous les cas sur des individus qui avaient passé en premier lieu par d'autres mains que les miennes.

C'est déjà quelque chose de remarquable, de satisfaisant, on pourrait presque dire c'est beaucoup après l'opération d'un bec-de-lièvre quelconque, que le bord libre de la lèvre ne présente ni dépression, ni échancrure au-dessous de la cicatrice, qu'il soit parfaitement droit : mais ce serait mieux encore qu'il présentât les contours que la nature lui a donnés dans une bouche bien conformée ; qu'il offrît cette légère saillie médiane, ce petit mamelon qui, chez tant de personnes, divise d'une manière si gracieuse l'intervalle des commissures, en même temps qu'il augmente tant soit peu la hauteur de la lèvre dans la partie moyenne. Avec le dessein d'en arriver là, on prescrit depuis longtemps une certaine manière de placer

qu'on entrevoit la possibilité d'obtenir plus que ce qu'on obtenait précédemment, peut-être saisirai-je une occasion favorable de mettre à exécution le projet que j'avais formé.

Je me trompe beaucoup si une autre modification dans la manière de procéder à l'avivement des bords de la division dans l'opération du bec-de-lièvre n'a pas été proposée par un chirurgien dont le nom ne se présente pas à mon esprit, toujours dans le but de donner à la partie moyenne de la lèvre toute la hauteur possible, et d'obtenir un mamelon médian sur le bord libre. Je regrette de ne pas pouvoir être plus explicite à cet égard : j'aurais aimé à donner ici une petite place à cette innovation, et à la mettre en regard avec ce qui a été fait plus récemment par MM. Clémot et Malgaigne.

On le sait par ce que j'ai déjà dit dans mon observation V°, tailler de chaque côté le lambeau d'avivement de haut en bas, non plus avec des ciseaux, cela serait impossible, mais avec un bistouri ; le prolonger ou l'étendre seulement jusqu'à la ligne qui forme la limite du bord vermeil de la lèvre ; puis, en même temps qu'on place les aiguilles pour la suture entortillée, renverser les deux lambeaux l'un vers l'autre, de manière à les mettre en contact par leurs surfaces sanglantes, qui continuent alors les deux bords principaux de la division ; les joindre même plus immédiatement encore l'un à l'autre, et les ajuster en les traversant avec un fil, de telle sorte qu'ils forment ensemble un appendice, un long mamelon, une sorte de luette que, plus tard, et lorsqu'ils seront parfaitement réunis, on pourra facilement tailler et réduire à de moindres dimensions : tel est le procédé auquel a songé

i que depuis longtemps il avait apporté cette modifica-
on à l'opération du bec-de-lièvre, dans le but d'obtenir
ne plus gracieuse conformation du bord libre de la lèvre.
m'étais empressé de l'expérimenter, bien qu'elle me
rût alors, comme elle me semble encore maintenant,
voir rendre l'opération plus minutieuse et plus longue;
convénient réel, surtout à l'égard d'une opération qu'on
it le plus ordinairement sur de très jeunes sujets, sur
s sujets indociles. Peut-être cependant aurais-je dû
ursuivre les premiers essais que j'avais faits de ce
rocédé. Parce que je n'avais pas réussi deux fois, sur
eux enfants en bas âge, sur deux sujets de quelques mois
un et l'autre, était-ce une raison pour que je n'en
btinsse pas un résultat avantageux sur des sujets plus
gés? Des faits récents prouvent que j'avais eu tort d'en
al augurer.

C'est donc à M. Clémot, de Rochefort, qu'appartient la
ensée première du procédé dont il s'agit, qui, à ce
u'il paraît, lui était familier depuis longtemps quand il
e le communiqua. Mais, comme cela était connu de moi
eulement, à ce que je pense du moins, il faut accorder à
l. Malgaigne d'avoir créé de nouveau ce que M. Clémot
vait imaginé une première fois. Selon ce qu'il rapporte,
t ce qui a été constaté par beaucoup de personnes, le
ésultat de l'opération a été remarquablement heureux chez
e jeune garçon sur lequel il a fait le premier essai de cette
onservation des lambeaux d'avivement. Je n'ai pas été
moins favorisé par l'événement dans le cas dont j'ai rendu
compte, et qui fait le sujet de la cinquième des observations
qui sont rapportées plus haut. D'autres succès sont déjà

simples, et dans certains autres aussi où, bien que la division de la lèvre soit accompagnée de quelque disposition anormale des parties adjacentes, celle-ci ne présente, actuellement au moins, aucune indication particulière à remplir. Viennent maintenant les complications et les modifications que chacune de celles-ci doit apporter à l'opération, telle que j'ai cru devoir d'abord la considérer.

V. Trois cas principaux se présentent, ce sont : 1° le bec-de-lièvre simplement bilatéral, c'est-à-dire, le bec-de-lièvre double, sans déformation aucune de l'arcade alvéolaire, ou de la voûte du palais ; 2° le bec-de-lièvre unilatéral ou simple, mais avec division de la voûte palatine, incomplète en avant, ou complète ; 3° le bec-de-lièvre avec disjonction et avance d'un des os incisifs, ou de ces deux os en même temps, et bifurcation de la voûte palatine. Dans ce dernier cas, la division de la lèvre est ordinairement double, soit que la partie intermédiaire aux deux fentes de la lèvre ait la forme d'un simple tubercule, soit qu'elle ait, au contraire, à la fois une hauteur presque égale à celle de la lèvre, et une largeur plus ou moins considérable.

1° On voit assez rarement le bec-de-lièvre simplement bilatéral, c'est-à-dire un bec-de-lièvre double avec une conformation parfaitement régulière de l'arcade alvéolaire. Cependant j'en ai recueilli huit ou dix cas qui m'ont offert les principales variétés dont cette forme de bec-de-lièvre est susceptible : car elle n'a pas une manière d'être uniforme. Tantôt, en effet, on dirait une fente unique de la lèvre, dont les bords, plus ou moins parfaitement parallèles, sont séparés par un grand intervalle, et que surmonte un simple tubercule, une sorte de mamelon continu à la

Puisque le bec-de-lièvre double est encore si différent de lui-même, puisqu'il peut offrir de telles variétés, on ne peut guère établir pour l'opération qu'il comporte des règles applicables à tous les cas. Et, par exemple, la question qui a été tant agitée, et sur laquelle les chirurgiens se sont partagés, celle de savoir si cette opération doit être faite en deux temps, ou en un temps seulement, c'est-à-dire, à deux époques distinctes, ou dans le même moment pour les deux divisions de la lèvre, ne peut concerner que certains cas : ceux dans lesquels les deux fentes comprennent, l'une et l'autre, toute la hauteur de la lèvre, et sont séparées par un lambeau un peu large et bien nourri. La question devait se présenter naturellement à l'esprit des chirurgiens, puisque dans les cas de ce genre, il y a nécessité presque absolue de conserver le lambeau moyen.

a. Si c'est un simple petit mamelon qui surmonte ou sépare les deux fentes, alors presque confondues en une seule, le seul parti raisonnable à prendre, c'est d'enlever ce tubercule médian, et d'agir ensuite comme pour un bec-de-lièvre simple. Alors c'est sur la ligne médiane que seront rapprochées les deux parties latérales de la lèvre, tandis que dans le vrai bec-de-lièvre unilatéral, c'est sur le côté, à droite ou à gauche, au-dessous de l'une des ouvertures des narines, que le rapprochement a lieu. Tout au plus, pourrait-on certaines fois, au lieu de sacrifier entièrement le tubercule médian, le faire servir à former une sous-cloison des narines plus régulière, ou plus complète que celle qui existe. Toujours, au reste, il faut

de cette dernière manière, c'est-à-dire, de le rattacher aux parties latérales de la lèvre, en même temps qu'on réunit celles-ci l'une à l'autre. On peut procéder ainsi quand il a une certaine largeur, et quand il n'est pas, par sa base, trop immédiatement continu au lobe du nez : mais comme il n'a pas toute la hauteur de la lèvre, on le fait servir seulement à en reconstituer la partie supérieure. L'opération doit être faite en un seul temps ; et l'on doit disposer les aiguilles d'en haut de manière que le lambeau soit transpercé d'un côté à l'autre. C'est ainsi, du moins, que j'ai toujours fait dans la circonstance dont il s'agit, et j'ai réussi assez constamment pour ne pas craindre de recommander cette pratique, qui, d'ailleurs, est déjà établie dans nos ouvrages didactiques.

c. Qu'il s'agisse enfin d'un bec-de-lièvre double avec un lambeau médian ayant toute la hauteur de la lèvre : ce lambeau peut encore être étroit, ou présenter une certaine largeur. Dans le premier cas, on doit l'enlever comme s'il était très court, à moins qu'on ne trouve mieux de l'employer à réparer ce qui manque à la sous-cloison du nez. Dans le second, il y a nécessité presque absolue de le conserver, et de le réunir aux parties latérales de la lèvre. C'est reconstituer la lèvre avec toutes les parties qui devaient la composer primitivement. Autrement, en effet, c'est-à-dire, en enlevant ce lambeau, on aurait à faire disparaître par le rapprochement des parties latérales de la lèvre un intervalle trop considérable, à combler un trop grand vide. Et pourtant, tout n'est point avantageux dans cette conservation du lambeau moyen, dans cette réunion des trois parties de la lèvre. Déjà, il y a l'embarras

procéderais ainsi. Ce lambeau fût-il terminé par un bord tant soit peu étendu, je l'aviverais sur les côtés, de manière à en diminuer la hauteur, et à le faire finir en pointe : je ferais ensuite l'avivement des parties latérales de la lèvre en conservant les lambeaux, et j'opérerais la jonction du tout, soit en traversant le lambeau moyen, d'un de ses bords à l'autre, avec les aiguilles d'en haut, pour n'avoir qu'une seule suture, soit en pratiquant un ou deux points distincts de suture sur chacun des côtés. De l'une et de l'autre manière, la suture, prise dans son ensemble, serait bifurquée ou en Y, comme la plaie elle-même. Tout cela suppose ou indique une opération faite en un temps. Du reste, c'est en un temps aussi que j'ai pratiqué presque toutes les opérations de bec-de-lièvre double que j'ai eu à faire; c'est la manière que j'ai préférée. Deux fois seulement il m'est arrivé de faire les deux synthèses de la lèvre à deux époques différentes, et quelque peu éloignées l'une de l'autre : le résultat m'a paru moins bon que dans les cas où j'ai agi autrement.

2° La division de la lèvre existe d'un côté seulement, à droite ou à gauche; mais elle est avec fissure de la voûte palatine : et cette fissure, qui est unique pareillement, se trouve en dehors des os incisifs, du même côté que la division labiale. Peu importe, au moins relativement à ce dont il s'agit maintenant, qu'elle soit bornée à l'arcade alvéolaire, ou bien qu'elle comprenne la voûte palatine dans toute son étendue, avec ou sans division du voile du palais : c'est toujours la même manière de procéder à la restauration de la lèvre. Ce qui est bien plus à considérer, c'est la disposition respective des

haut (1). C'est le cas toutefois, en opérant, de donner le plus de laxité possible aux deux parties de la lèvre, et pour cela de les détacher de la mâchoire dans une grande étendue. C'est le cas pareillement de renoncer à l'application d'un bandage unissant après la suture faite, afin d'éviter toute compression sur la lèvre ; ou bien il faut appliquer ce bandage avec tout le soin convenable pour que les tours de bande ne pressent pas sur la partie suturée de la lèvre. Il faudrait qu'il y eût un moyen de repousser en arrière la partie proéminente de l'arcade alvéolaire, ou plutôt toute la partie de la mâchoire supérieure à laquelle elle appartient; car cette disposition vicieuse étend ses effets au delà du moment où cesse la division de la lèvre. Une fois la lèvre reconstituée, il y a bien rapprochement des deux parties de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine ; mais ce rapprochement est informe, irrégulier, et tel qu'après l'éruption des dents, celles-ci se montrent souvent mal implantées dans leurs alvéoles, et toujours mal rangées. C'est ce qu'on voit, au reste, sur un grand nombre des individus qui ont subi l'opération du bec-de-lièvre, soit dans la circonstance que je viens de supposer, soit, et à plus forte raison, pour des becs-de-lièvre encore plus compliqués.

Que seulement la diduction des deux parties de l'ar-

(1) Cette proéminence de l'arcade alvéolaire se présente même quelquefois dans le bec-de-lièvre unilatéral sans disjonction des os incisifs; et comme il existe plus souvent à gauche qu'à droite, c'est à la partie droite de l'arcade alvéolaire que la proéminence appartient. On dirait que l'os maxillaire gauche est comme reculé ou repoussé en arrière. Je crois plutôt qu'il présente un développement moindre que celui du côté opposé.

l'autre, et qui viennent à l'appui de mes dernières considérations. Je vais vous les communiquer en peu de mots; ils compléteront la série de ceux qui ont servi d'introduction à mon travail.

Le premier est celui d'un jeune garçon encore plus âgé que celui qui a fait le sujet de mon observation Ve. Ce jeune homme a vingt et un ans, et ne craint pas d'avouer que ses parents ne l'ayant pas fait délivrer de sa difformité quand il était jeune, il a trouvé bon de la conserver pour se faire exempter du service militaire. Et ce n'est pas seulement quant à l'âge du sujet que ce cas mérite d'être noté, il est encore remarquable à d'autres égards.

XIe Observation. — Le bec-de-lièvre était double, ou bilatéral. Chacune des deux fentes ou des deux divisions se prolongeait jusque dans la narine correspondante, et mesurait ainsi toute la hauteur de la lèvre. Le lambeau moyen était long et large; il avait de plus une grande épaisseur : il était posé verticalement sur l'arcade alvéolo-dentaire, laquelle était courbée tant soit peu irrégulièrement, comme s'il y avait eu pendant la vie intra-utérine, disjonction d'abord, puis rapprochement et soudure de ses diverses parties. Avec ce bec-de-lièvre double, sans division de l'arcade alvéolaire, ou sans disjonction des os maxillaires en avant, il y avait bifidité de la voûte palatine en arrière seulement, et division du voile du palais.

La double difformité réclamait deux opérations différentes, et distinctes. Je voulais suivre ici la règle applicable aux cas de ce genre quand, chose peu commune, ils se présentent sur des sujets qui, ayant déjà atteint l'âge de raison, peuvent être soumis à la staphyloraphie. Je voulais faire celle-ci en premier lieu pour profiter de l'ampleur extraordinaire de la bouche.

ı labiale existait d'un côté seulement, et à gauche, avec
tion des deux parties de la mâchoire supérieure, en de-
s os incisifs, et bifidité du voile du palais. Toute la partie
le l'arcade alvéolaire proéminait en avant, tandis que la
gauche était déprimée, ou un peu amoindrie. Il n'y avait
opération fort simple à faire sur la lèvre : je la pratiquai
eux aiguilles seulement pour la suture, et sans appliquer
bandage unissant. Je voulais éviter jusqu'à la moindre
n extérieure sur les parties molles, déjà assez fortement
ées et distendues par la portion droite de l'arcade alvéo-
e résultat fut des plus satisfaisants sous tous les rap-

vient enfin le bec-de-lièvre double avec division de
e palatine, et avance osseuse soutenant le lambeau
ı, laquelle avance est formée, tantôt par les deux os
s, pourvus ou non pourvus de dents, tantôt par l'un
os seulement. Il y a toujours en même temps écar-
: des os maxillaires au delà de l'espèce de promon-
que représentent ces os incisifs. Il est bien rare
que la voûte palatine ne soit pas fendue ou divisée
oute sa longueur, et qu'il n'y ait pas aussi fissure

on lente et insensible des muscles, et se rapprochent ffet, au moins dans la partie antérieure. Je n'avais pas re observé le même phénomène pour la partie postée après une staphyloraphie qui a réussi, bien qu'une re de la voûte palatine en arrière compliquât la divi- du voile du palais. Du moment que j'ai eu observé ces ltats, et ils sont constants, et les efforts réparateurs a nature sont d'autant plus manifestes que les sujets plus jeunes, je n'ai plus songé à l'application d'appa- mécaniques. Il est bien certain, en effet, que appareils, parvînt-on à leur donner la plus grande ction, et en supposant qu'on pût les employer sans nvénients, ne produiraient que ce qui peut s'ac- plir par le seul jeu des muscles. Cette dernière e n'agit à la vérité qu'après le rétablissement de la e et du voile du palais dans leur état naturel. Au traire, à l'aide de moyens mécaniques, il y aurait pos- ité d'obtenir, dès les premiers temps de la vie peut- , tout au moins chez de très jeunes sujets, la dispari- de la fissure du palais solide avant d'avoir reconstitué vre ou le voile du palais.

e serait donc un moyen de rendre plus facile l'opéra- à faire sur la lèvre, puisque, par le rapprochement os maxillaires, on diminuerait plus ou moins l'intervalle sépare les parties molles. Cependant je n'ai jamais nerché cet avantage; je n'ai jamais rien fait pour l'ob- r; je suis toujours parvenu à surmonter les difficultés , dans un bec-de-lièvre très compliqué, pouvaient venir de l'écartement considérable, et des os, et des ies molles. Ce n'est pas à dire que je désapprouverais

pour l'acte de la mastication. Un tel résultat est le
phe de l'art. C'est rester en deçà, que d'abattre l'a-
formée par les os incisifs. Quand on a recours à
ablation, on la fait en coupant avec de forts ciseaux
ec des tenailles incisives le pédicule, ou cartilagineux,
seux, qui supporte le tubercule; et ce pédicule n'est
que la cloison même des narines, un peu prolongée
ant. Bien entendu qu'on a détaché préalablement le
e mamelon, ou le lambeau des parties molles, derrière
il est placé. Eh bien, les deux parties conservées de
axillaire supérieur venant à se rapprocher, l'arcade
aire et l'arcade dentaire sont diminuées de la largeur
ux ou de quatre dents incisives. Ces dents manquent
pour toujours; les deux mâchoires ne se correspon-
lus régulièrement dans la partie antérieure : il n'y a
squ'aux dents postérieures qui ne se rencontrent et
superposent dans les mouvements de la bouche,
ment que cela n'a lieu dans l'état naturel : la courbe
mâchoire supérieure, devenue plus petite, est dé-
e en avant par la mâchoire inférieure; c'est celle-ci
çoit la première, laquelle paraît comme reculée en
e. La lèvre supérieure elle-même participe plus ou
à cette disposition vicieuse, fort comparable à celle
par un vice primordial de conformation de la face,
itue chez quelques individus le menton de galoche.
s sont les résultats inévitables de l'ablation des os
s dans un bec-de-lièvre bilatéral, compliqué de la
ction de ces os d'avec les autres parties de l'arcade
aire. Ces résultats semblent accuser une sorte d'im-
nce de l'art. Desault, le premier, ou l'un des pre-

formés à l'école de Desault, et qui étaient imbus des principes de ce célèbre chirurgien : je ne me rappelle pas avoir été témoin d'une opération dans laquelle on ait suivi la voie nouvelle qu'il avait ouverte. Moi-même j'ai commencé à pratiquer dans un temps où sur beaucoup de points la doctrine chirurgicale de Desault était bien plus en faveur qu'elle ne l'a été plus tard, et surtout qu'elle ne l'est maintenant : eh bien, j'ai toujours douté qu'on pût arriver à un résultat avantageux dans les becs-de-lièvre compliqués de la saillie des os incisifs, en tentant de restituer ces os à l'arcade alvéolaire au moyen de la seule compression.

J'aurais peut-être dû chercher à éclairer mes doutes par des expériences propres : je ne l'ai pas fait. Cela a tenu à ce que j'ai été frappé de bonne heure de quelques graves inconvénients attachés à cette conservation des os incisifs. Bien souvent l'espace qu'ils devraient occuper s'est resserré ; il est trop petit pour les recevoir : et pût-on parvenir à les rapprocher des deux parties latérales de l'arcade alvéolaire, ils formeraient toujours une saillie difforme au milieu de cette arcade. Et combien cette difformité serait plus grande encore si, comme il arrive quelquefois, cette saillie supportait des dents déviées, et plus ou moins fortement inclinées en avant ! Dans tous les cas aussi il faudrait s'attendre à plus de difficultés pour le rapprochement et la coaptation des parties à réunir, à plus d'incertitude dans le résultat de l'opération, à cause du soulèvement et de la distension de la lèvre ; ou bien il faudrait pouvoir conserver le lambeau médian, et le faire servir à reconstituer la lèvre. Mais alors on

cades qu'elles forment après leur éruption s'emboîteront contrairement à la manière ordinaire, sans toutefois que cela puisse nuire beaucoup à la mastication. Mais ces défectuosités ne sont que ce que l'on remarque chez quelques individus qui sont nés avec une simple anomalie, et une anomalie légère dans la conformation d'une partie du visage : mais le nez, de large, d'épaté, qu'il était à sa base, est devenu proéminent; il a pris une disposition, une forme presque gracieuse; tout au plus peut-il paraître, pour quelque temps après l'opération, un peu aplati et resserré d'un côté à l'autre. Et quant au reculement des dents de la mâchoire supérieure, et à l'avance que forment celles de la mâchoire inférieure, pourquoi, quand cela est trop choquant, ne chercherait-on pas à user des mêmes moyens qui ont été si souvent employés avec avantage contre le menton de galoche? Je n'ai qu'un fait à citer; mais il a quelque valeur. Une jeune personne que j'avais opérée pour un bec-de-lièvre très compliqué, dont elle ne conservait presque d'autre trace que ce croisement vicieux des deux arcades dentaires, désirait vivement une amélioration dans son état. Alors vivait un dentiste habile, M. Catalan, celui à qui l'on doit l'ingénieuse idée du plan incliné posé sur les dents de la mâchoire inférieure pour obtenir l'inclinaison de ces dents en arrière, en même temps que celles d'en haut s'inclinent en avant. Je lui fis construire un tel plan incliné pour la jeune personne dont je parle : elle en fit usage, pendant un temps assez long, il est vrai; mais ce que je puis assurer, c'est que, soit par la seule déviation en sens contraires des deux rangées dentaires, soit aussi par le reculement de la mâchoire

par tout l'espace compris entre les deux parties correspondantes de l'arcade alvéolaire, on éprouvera quelque difficulté pour les mettre en contact, si l'on doit les joindre immédiatement l'une à l'autre. Comme pour le bec-de-lièvre double ordinaire, on a à se demander s'il faut faire disparaître complétement le lambeau médian quand il est très petit, et qu'il se présente sous la forme d'une sorte de mamelon, ou si l'on ne peut pas le réserver pour en former plus tard une sous-cloison du nez. Que si cette partie moyenne de la lèvre a toute la largeur possible, il peut y avoir nécessité, comme pour le bec-de-lièvre simplement bilatéral, de la faire servir à reconstituer la lèvre. Si elle est au-dessous de cette dimension extrême, tout en étant plus qu'un simple mamelon, c'est chose convenable de l'affecter seulement à la restauration du bord libre de la cloison des narines. Alors on réunit immédiatement l'une à l'autre les deux autres parties de la lèvre. Pour ce rapprochement, la séparation des ailes du nez d'avec la mâchoire supérieure est ici d'autant plus indispensable, qu'on a un plus grand intervalle à faire disparaître. C'est alors aussi qu'il peut être très convenable de conserver, et d'adapter l'un à l'autre les deux lambeaux d'avivement, puisque la synthèse de la lèvre doit correspondre à la ligne médiane: d'ailleurs, en augmentant ainsi l'étendue des surfaces entre lesquelles doit s'opérer un travail d'adhésion, on augmente les conditions et les chances de l'adhésion elle-même, partant aussi les probabilités de succès de l'opération.

---

dérangées, ou perverties, par la mauvaise conformation de l'isthme du gosier.

Vous le savez pareillement, c'est sur un jeune médecin originaire du Canada, et qui avait nom Stephenson, que j'ai pratiqué pour la première fois l'opération qu'il m'avait fourni l'occasion d'imaginer. Il a joui le premier des bienfaits de cette conquête de la chirurgie. J'ai raconté dans mon mémoire sur la staphyloraphie qui a paru en 1825, le seul et unique travail que j'aie encore publié sur ce sujet, par quel heureux hasard M. Stephenson fut conduit à m'apprendre qu'il était né avec une division médiane du voile du palais. Il avait fait presque toutes ses études médicales à Édimbourg ; et pendant un séjour de six mois à Paris, il avait suivi mes cours assidûment, sans m'avoir jamais adressé la parole. Je n'eus connaissance de sa difformité que lorsque, sur le point de retourner à Édimbourg pour y prendre le titre de docteur avant de rentrer dans sa patrie, il dut avoir une conversation avec moi. Cette division médiane du voile du palais se prolongeait en haut jusqu'à l'épine nasale : elle comprenait donc le voile du palais dans toute sa hauteur. La voûte palatine n'y participait aucunement; cette voûte était bien conformée. La lèvre supérieure ne présentait non plus aucune trace d'un ancien bec-de-lièvre, pour lequel une opération aurait pu être pratiquée dans l'enfance du sujet. C'avait été de tout temps, comme c'était encore, un cas simple de diastématostaphylie. Chose singulière, je n'avais encore jamais observé cette difformité à l'état simple : je n'avais jamais vu une fissure congéniale du voile du palais seulement, tandis que plusieurs centaines de cas de ce genre ont maintenant

réussit pas. Au lieu de cela, tout se passa, vous le savez, d'une manière remarquablement heureuse. J'avais sans doute été bien inspiré pour tous les détails dont s'est composé le procédé opératoire, et pour les soins consécutifs à l'opération, et pour le temps que furent laissés en place les trois fils avec lesquels j'avais pratiqué trois points de suture simple; car les difficultés de l'opération elle-même furent telles seulement que je les avais prévues; car M. Stephenson et moi nous eûmes à jouir d'un succès sur lequel nous avions bien peu compté. La continuité des deux parties du voile du palais fut si promptement et si parfaitement rétablie, et l'articulation des sons fut si bien modifiée, sans avoir été tout d'abord ce qu'elle est devenue plus tard, que M. Stephenson, onze jours seulement après avoir été opéré, pût lire à notre Académie des sciences une courte relation écrite du fait nouveau dont il était le sujet.

Vous savez enfin que M. Stephenson, m'ayant quitté pour aller prendre ses grades à Édimbourg, revint à Paris après plusieurs mois, et resta encore quelque temps sous mes yeux avant de retourner dans sa patrie. Déjà à cette époque, le timbre de sa voix avait pris un autre caractère; et un nouveau changement favorable était survenu dans sa manière de parler. Ainsi que j'ai pu l'observer par moi-même sur tant d'autres sujets, le temps a dû amener chez lui de nouveaux progrès dans l'éducation du voile du palais, et perfectionner l'exercice de la parole. Il faut bien qu'il en ait été ainsi, puisque M. Stephenson s'est livré à la carrière de l'enseignement, et me mandait, il y a peu d'années encore, qu'il occupait

sibilité de l'entreprendre, est de 1819 : une première tentative du même genre avait été faite, sans succès toutefois, trois ans auparavant, en 1816, par M. Græfe, de Berlin, et annoncée en Allemagne par une note insérée dans le journal d'Hufeland. Mais, à cette époque, les communications scientifiques entre l'Allemagne et la France n'étaient pas, à beaucoup près, ce qu'elles sont devenues depuis. On n'était point avide et impatient, comme on l'est maintenant dans chacun des deux pays, de connaître, et de connaître promptement, tout ce dont la science a pu s'enrichir dans l'autre. En France, surtout, quelques personnes seulement, familières avec la langue allemande, connaissaient le journal d'Hufeland : à peine en paraissait-il de loin en loin quelques extraits dans nos recueils périodiques. Le public médical était donc instruit fort imparfaitement des choses d'outre-Rhin. Aucun de nos journaux ne fit mention du fait de la suture du voile du palais pratiquée par M. Græfe. Ce fait était pour moi comme non avenu quand je conçus la pensée d'une semblable opération pour le jeune médecin du Canada. J'avais toute raison de croire, et l'on crut généralement en France, que nul autre avant moi n'avait songé à la restauration du voile du palais.

Mais, quand le bruit de ma première tentative, bientôt suivie de plusieurs autres non moins heureuses, parvint en Allemagne, des réclamations furent faites, non pas par M. Græfe lui-même, mais par plusieurs de ses compatriotes, justement soucieux et empressés de réclamer pour lui l'honneur de la priorité, et de revendiquer la part de gloire qui lui appartenait. Ces réclamations n'avaient rien que de naturel : j'y ai eu égard autant que cela était en

qu'en créant de nouveau l'opération, j'ai été plus heureux que lui dans le choix du procédé opératoire. C'est ce qui a été reconnu généralement. La simplicité des moyens que j'avais mis en usage dans ma première staphyloraphie, moyens auxquels je n'ai presque rien changé depuis, n'a pas peu contribué, j'en suis sûr, au succès de cette première opération, et à tant d'autres résultats heureux que j'ai obtenus depuis.

De là, l'habitude prise, non pas seulement en France où l'on pourrait avoir été mû par un sentiment d'orgueil national, mais presque partout en pays étranger, de m'attribuer plus qu'à M. Græfe l'invention de la staphyloraphie; de là le nombre prodigieux de sutures du voile du palais que j'ai eu à pratiquer; de là aussi la faveur dont a joui promptement, auprès de presque tous les chirurgiens, le mode ou le procédé d'exécution que j'avais institué dès l'abord, et auquel je suis resté fidèle jusqu'à ce jour. C'est, en effet, d'après le mode opératoire dont les détails se présentèrent à mon esprit presque en même temps que je conçus la possibilité de reconstituer le voile du palais, que la staphyloraphie a été faite dans un si grand nombre de cas, non seulement par moi, mais par d'autres chirurgiens qui n'ont pas craint d'entreprendre cette opération; opération minutieuse sans doute, délicate, et qui demande à être faite avec une grande précision, mais réellement moins difficile qu'elle ne paraît l'être à la première vue. De là aussi l'adoption si générale, et l'espèce de consécration dans tous les ouvrages de la dénomination que je lui ai imposée; dénomination assurément bien préférable au terme de *velosynthésis* que M. Stephenson avait placé

donner un grand essor à la staphyloraphie, par la simplicité même du procédé opératoire que j'avais créé, et par les succès que j'avais obtenus dès les premiers temps. Déjà, en effet, à cette époque, je veux dire quand j'eus l'avantage de voir et de connaître personnellement M. Græfe, à Berlin, j'en étais arrivé à ma soixante-quinzième suture du voile du palais ; et M. Græfe n'avait encore fait cette opération que quinze ou vingt fois. Il ne comptait encore qu'un très petit nombre de succès ; encore était-ce seulement depuis qu'il avait modifié sa manière de faire, en se rapprochant un peu de la mienne. Au contraire, dès le principe, comme plus tard, j'avais réussi très fréquemment ; j'avais obtenu des succès dans une proportion des plus favorables, qui s'est maintenue à peu près la même jusqu'au jour où je trace ces lignes, et qui paraît être celle sur laquelle il est permis de compter, en statuant d'après le nombre déjà si grand de staphyloraphies que j'ai eu à pratiquer.

Au moment où j'entreprends de vous communiquer les résultats de mon expérience sur le sujet en question, je viens de faire ma cent quarantième. Quelle fraction ces cent quarante staphyloraphies que j'ai pratiquées forment-elles dans le nombre total des opérations de ce genre qui ont été faites, tant en France que dans d'autres pays, pendant les trente années, et plus, qui viennent de s'écouler? Je l'ignore : mais il est bien probable que je suis plus riche en faits de ce genre qu'aucun autre chirurgien. Peut-être faudrait-il réunir tous ceux qui me sont étrangers, pour balancer les résultats de ma seule expérience. Je dois avoir vu tous ou presque tous les cas sup-

II.

Dès le principe, j'avais prévu que les divisions congéniales du voile du palais ne formeraient pas seules le domaine de la staphyloraphie, que d'autres cas pourraient en comporter l'application. J'avais supposé qu'elle pourrait être une ressource utile dans certaines plaies récentes de cette cloison musculo-membraneuse : et je n'avais pas seulement en vue des lésions tout à fait accidentelles ; car, malgré sa situation si profonde, le voile du palais n'est pas tout à fait inaccessible à l'injure des corps extérieurs : j'entrevoyais que dans quelques unes des opérations qu'on pratique au delà de l'isthme du gosier, particulièrement dans l'ablation de certains polypes des arrière-narines ou de tumeurs du pharynx, on pourrait vaincre quelques unes des difficultés inhérentes à ces opérations, en divisant le voile du palais dans toute sa hauteur, avec la perspective de pouvoir le rétablir dans son état naturel. J'avais dit aussi qu'on aurait sans doute à observer des solutions de continuité ou des divisions anciennes du voile du palais, à bords actuellement cicatrisés, provenant d'ulcérations de cette partie, ayant jusqu'à un certain point les apparences des divisions congéniales, et se prêtant par leur forme ou leur manière d'être à ce qu'on puisse entreprendre de les faire disparaître. Mes prévisions se sont promptement réalisées ; et je n'avais pas encore dépassé beaucoup le nombre des staphyloraphies dont la relation est l'objet principal de mon premier Mémoire, que des occasions se présentèrent à moi où j'ai pu tenter la réunion du voile du palais dans des

congéniales. Ce n'est pas chose très rare que l'une des deux parties du voile du palais, tantôt la droite, tantôt la gauche, soit plus mince, moins forte, et un peu plus étroite que l'autre. Bien qu'elle datât de l'enfance du sujet, et bien aussi qu'elle présentât tous les caractères d'un vice originel de conformation, cette difformité n'était cependant pas congéniale. Elle avait été produite accidentellement; elle était le résultat d'une plaie. Les parents de la jeune personne me racontèrent, et la jeune personne elle-même avait un souvenir confus de l'événement, qu'à l'âge de quatre ans et demi, dans un moment où elle se trouvait soustraite à toute surveillance, elle fut poursuivie et atteinte par un jeune taureau. Une des cornes de l'animal, ayant pénétré dans la bouche, avait déchiré le voile du palais, et, chose étrange, sans toucher à aucune autre partie intérieure. L'enfant n'avait reçu aucune blessure extérieure. On avait reconnu la plaie du voile du palais; mais on avait cru devoir l'abandonner à elle-même. Ainsi commise aux seuls soins de la nature, cette plaie avait guéri par la cicatrisation isolée de chacun de ses bords.

Tout était remarquable, comme on voit, dans ce cas, unique peut-être en son genre: la nature de l'accident qui avait occasionné la division du voile du palais; cette circonstance que, par un bonheur singulier, cette blessure avait été la seule que l'enfant eût éprouvée; puis, l'étendue et la forme de la solution de continuité, telles qu'après plusieurs années cette division du voile du palais avait exactement les apparences et présentait, sous tous les rapports, la manière d'être d'une division congéniale. C'était, toutefois, un cas bien favorable pour la staphyloraphie. Il y avait tout lieu d'espérer un résultat heureux de cette opération. Mais, bien que la jeune personne fût venue à Paris exprès pour se la faire faire, et pour être opérée par moi, il faut croire que le courage lui a manqué au moment décisif; c'est, du moins, ce que j'ai présumé. Je ne l'ai vue qu'une fois, et je n'ai point appris que quelque autre chirurgien l'eût opérée.

et, dans le même moment, fit une chute en avant. Comme il n'eut ni le temps, ni l'instinct, peut-être, de se dessaisir du corps dont sa main était ornée, l'extrémité de ce corps glissa sur la voûte palatine, et atteignit le voile du palais, qui fut non pas déchiré dans toute sa hauteur, mais perforé d'avant en arrière. L'accident était arrivé dans une ville distante de Paris de quinze ou vingt lieues, à Château-Thierry; et, d'après le conseil qui en fut donné par les premiers médecins dont on réclama les secours, l'enfant me fut amené par son père. Je le vis le lendemain matin du jour où il avait été blessé dans l'après-midi : la plaie était encore saignante, et dans des conditions favorables pour être réunie. C'était une plaie à lambeau. Le lambeau, de forme triangulaire, et qui comprenait en hauteur les deux tiers supérieurs environ du voile du palais, avait sa base en bas, et se trouvait pendant au-devant de la luette. Les bords en étaient assez réguliers. Il n'y avait point à hésiter sur le parti à prendre : il fallait à tout prix relever ce lambeau, et tenter de rétablir la continuité du voile du palais. Les difficultés pouvaient être très grandes, vu l'âge si tendre du sujet pour lequel cette opération était d'une rigoureuse nécessité. Heureusement l'enfant fut très docile, et ce que j'eus à lui faire fut exécuté plus promptement, et plus simplement que je ne l'avais d'abord espéré.

Ce ne fut point une staphyloraphie ordinaire que je pratiquai. Non seulement je n'eus point à faire d'avivement, mais encore j'employai une suture différente de celle que j'avais déjà mise en usage un grand nombre de fois. Il devait suffire, et il a suffi, en effet, d'agir sur le sommet du lambeau pour ramener le lambeau lui-même dans l'ouverture que présentait le voile du palais. Les narines offraient une voie commode pour le passage de fils employés comme moyen de traction. Pour cela, avec une très petite aiguille, conduite au moyen d'un porte-aiguille, je perçai deux fois le lambeau à quelque distance du sommet, sur une même ligne horizontale, et le traversai avec deux fils, tous deux formant une anse en avant, c'est-à-dire du

parer le désordre causé par cette opération préparatoire. Toutefois, les occasions d'agir ainsi doivent être rares : je ne voudrais pas que par cette raison, qu'on eût recoudre le voile du palais après l'avoir divisé, on laissât aller à user avec trop de facilité de cet expédient. Il faut qu'on le sache bien, nos opérations sont des actes sérieux, dans lesquels on ne doit rien faire qui ne soit utile, rien qui ne soit commandé par la plus impérieuse nécessité. D'ailleurs, dans le cas dont il s'agit, sans doute on peut espérer de ne pas éprouver de trop grandes difficultés pour rattacher l'une à l'autre les deux parties du voile du palais par des fils; mais il se pourrait qu'on n'en obtînt pas la réunion : il y a dans la staphyloraphie appliquée à une plaie récente, les mêmes chances de non-succès que dans l'opération appliquée aux cas pour lesquels on y a recours le plus ordinairement.

Trois fois, et trois fois seulement jusqu'à ce jour, j'ai cru être dans l'obligation absolue de préluder à une opération entreprise pour enlever une tumeur qui occupait les arrière-narines, par une division complète du voile du palais, division que je fis sur la ligne médiane. Ces trois occasions se présentèrent à moi presque coup sur coup, et cela à une époque où je n'avais encore pratiqué la staphyloraphie qu'un assez petit nombre de fois. Ne croyez pas, mon cher ami, que j'aie cédé au désir que je blâmais il n'y a qu'un moment; non, j'ai un souvenir bien fidèle de ce que j'avais alors sous les yeux, des circonstances sous l'empire desquelles j'ai agi : je me les représente parfaitement, et je me pénètre de cette pensée, que, les mêmes cas échéant, je me conduirais de

narines, les unes ont un si grand diamètre qu'on ne peut songer à en pallier les effets qu'avec le secours et par l'usage d'un obturateur; d'autres, au contraire, sont assez petites pour qu'on puisse en tenter l'occlusion au moyen de petits lambeaux empruntés aux parties molles environnantes, c'est-à-dire à la membrane fibro-muqueuse qui tapisse la voûte palatine.

Je ne saurais dire, toutefois, dans quelles limites doivent être restreintes les ressources de l'autoplastie appliquées à la restauration de la voûte palatine. Au moment où je trace ces considérations, je suis sur le point d'entreprendre de fermer une ouverture de la voûte palatine, de forme ovalaire, qui n'a guère moins d'un demi-pouce dans son grand diamètre. Elle existe chez un jeune homme de vingt et un à vingt-deux ans; c'est la trace dernière d'une ancienne division congéniale de la lèvre supérieure, de toute la voûte palatine et du voile du palais. Ce jeune homme avait été délivré de son bec-de-lièvre par M. Sanson. Après trois ou quatre années je lui fis seulement la staphyloraphie, et cette opération réussit parfaitement, bien que les deux parties de la voûte palatine fussent disjointes à un degré assez considérable. Consécutivement à la première opération, il y avait eu rapprochement des deux moitiés de l'arcade alvéolaire; et l'ouverture qui subsistait encore à la voûte palatine après la staphyloraphie, avait perdu beaucoup de ses dimensions premières, je veux dire de celles qu'elle présentait à la suite de cette seconde opération. Il était arrivé chez ce jeune homme ce que l'on observe chez tous les sujets auxquels dans les mêmes circonstances on pratique successivement, et à deux époques plus ou moins

Ai-je besoin de vous dire que pour toutes ces ouvertures, ou perforations proprement dites du voile du palais, il ne peut pas y avoir une manière uniforme de procéder quand on veut en tenter l'occlusion, et que dans aucun cas il n'est possible d'agir exactement comme on le fait dans les divisions complètes du voile du palais, congéniales ou accidentelles? Chaque cas, en particulier, réclame telle ou telle autre modification dans le procédé opératoire; et, généralement, il faut s'attendre à des difficultés assez grandes, soit pour le placement des fils, soit pour l'avivement des bords de la solution de continuité. Ces difficultés ont leur source dans la nécessité où l'on est d'agir sur une ouverture presque toujours peu étendue, et bien souvent aussi très rapprochée du bord libre du voile du palais. Des cas même peuvent se présenter où, pour simplifier l'opération, il soit convenable de diviser ce bord libre, et de transformer pour un moment une ouverture, ou ronde, ou ovalaire, ou de toute autre forme, en une fente ou division verticale. On agit alors d'une manière plus sûre et avec plus de facilité sur les bords d'une telle fente, que sur ceux d'une simple ouverture. C'est ce que j'ai fait deux fois sur cinq cas où j'ai eu à entreprendre l'occlusion de perforations accidentelles et anciennes du voile du palais.

Qu'elles comportent ou non une staphyloraphie, les lésions de cette sorte sont généralement considérées comme provenant de la maladie vénérienne. Je suis à peu près convaincu, cependant, qu'elles peuvent avoir une autre origine Je ne sais pas si vous partagerez mon opinion à cet égard, et je ne serais pas étonné que beau-

Il est bien rare qu'une telle division permanente du voile du palais consécutive à des ulcérations, qu'elle soit ou non d'origine vénérienne, présente une forme assez régulière pour qu'on puisse tenter la réparation du désordre. Presque toujours il y a eu perte de substance, et le voile du palais manque en grande partie : quelquefois encore, les portions qui restent ont été attirées en arrière; elles tiennent aux parois du pharynx par des brides, par des cicatrices plus ou moins épaisses. Ne sait-on pas même que la déformation de l'isthme du gosier peut être portée à ce point, que les narines ne communiquent plus que très imparfaitement, ou ne communiquent plus du tout avec le pharynx. Je ne sais pas ce que d'autres chirurgiens peuvent avoir eu à observer; mais jusqu'ici, et sur un nombre considérable de sujets qu'il m'a été donné de voir avec des déformations de toutes sortes du voile du palais consécutives à des ulcérations, j'en ai rencontré quatre seulement chez lesquels la division était assez peu étendue, et assez régulièrement disposée pour qu'on fût tenté de la faire disparaître comme s'il s'était agi d'une division congéniale.

Je les ai opérés tous les quatre. Singulière rencontre : deux de ces quatre sujets étaient deux hommes qui avaient excellé dans le chant. Ils avaient occupé, l'un après l'autre, l'un des premiers emplois sur notre seconde scène lyrique ; et tous deux avaient été contraints de l'abandonner, en partie à cause d'une altération sensible dans le timbre de leur voix, parlée ou chantée, mais bien plus encore à cause de l'abaissement de leur échelle diatonique. Il leur était devenu impossible de faire entendre certaines notes élevées; ou du moins ces notes étaient sans éclat, et comme

malades qui s'était présenté à moi le premier n'en eût retiré aucun avantage, je n'hésitai pas à la conseiller au second. Celui-ci ne fut même pas découragé par la connaissance qu'il eut du revers que j'avais éprouvé chez son ancien compagnon d'infortune. Il tenait tant à recouvrer la pureté de sa voix, et à ne pas interrompre, jeune encore qu'il était, une carrière dans laquelle ses débuts avaient été brillants, qu'il m'obligea à lui faire une seconde opération après une première, qui n'avait réussi qu'à demi. Primitivement, en effet, chez ce second malade il y eut réunion des parties divisées dans une assez grande étendue; la fente du voile du palais était réduite à la moitié de la hauteur qu'elle présentait avant l'opération. Mais, bien que remarquablement améliorée, et faible encore dans quelques notes seulement, la voix n'avait pas repris tout à fait son caractère naturel. Une seconde tentative, faite avec un point de suture seulement, dans le but de combler entièrement la petite échancrure que présentait encore le voile du palais près de ses piliers, ne réussit point. Cette échancrure persista, et avec cette échancrure l'imperfection de la voix, imperfection qui était bien plus marquée dans le chant que dans le simple exercice de la parole.

J'ai donc échoué, à peu près également, dans ces deux staphyloraphies appliquées chacune à une division presque aussi simple que possible du voile du palais, consécutive à une ulcération, et dans une double circonstance où le succès était tant à désirer. La voix n'était pas tellement altérée, tellement changée chez ces deux artistes, qu'ils ne conservassent encore une grande partie du talent dont ils avaient fait

procédé qui convienne à tous les cas indistinctement, vu la grande variété que peuvent présenter, sous le rapport du siége et de la forme, les ouvertures accidentelles de la voûte palatine. Je ne sais pas du tout ce qui a été tenté en ce genre de choses; et comme je me propose moins ici de faire connaître les œuvres des autres, que les miennes propres, il suffira, mon cher Lawrence, que je vous raconte la manière dont je m'y suis pris dans les quatre cas où j'ai eu à pratiquer une palatoplastie, et que je vous dise quel en a été le résultat.

J'ai échoué dans l'un de ces quatre cas: c'était celui dans lequel j'essayais pour la première fois cette sorte de restauration; j'ai réussi dans les trois autres. Peut-être avais-je manqué en quelque chose dans cette première opération : il me sembla, en effet, que je n'avais pas donné tout à fait assez d'étendue à chacun des deux petits lambeaux que j'avais formés sur les côtés de l'ouverture, lesquels, rapprochés l'un de l'autre et réunis, doivent servir à la fermer. Je m'étais aperçu au moment même qu'ils ne s'y adaptaient pas exactement, ou plutôt que tout en la fermant, ils n'en dépassaient point assez les bords ou la circonférence, surtout là où ils y correspondaient par leur sommet. J'avais dû leur faire subir un certain tiraillement; ils furent mis dans une tension trop forte par le petit lien qui les traversait en faisant une anse, et dont j'avais ramené les deux extrémités dans l'une des narines. Ces lambeaux furent frappés de mortification; ils tombèrent en partie, et l'ouverture de la voûte palatine revint à son état primitif; il fallut y adapter un obturateur. C'était sur un homme de trente-

poser. C'était la même que j'avais déjà faite une première fois. Je ne lui cachai pas que j'avais échoué chez la personne qui avait été le sujet de cette première opération. Mais je n'eus pas de peine à lui faire concevoir pour lui l'espérance d'un résultat plus heureux. Il me pressa de l'opérer, plutôt qu'il ne céda à mes observations : de mon côté, je me promis de diriger certaines manœuvres de l'opération avec plus de soin et plus de précautions encore que je ne l'avais fait une première fois.

C'est une chose très remarquable que la membrane fibro-muqueuse qui revêt la voûte palatine, bien qu'elle soit assez étroitement unie aux os, peut en être aisément séparée avec le manche d'un scalpel; et qu'après en avoir circonscrit une portion, après avoir taillé un lambeau de telle forme ou de telle autre, on peut rendre ce lambeau libre par ses deux surfaces. On fait cela sur le vivant comme sur le cadavre. Je l'avais expérimenté plusieurs fois sur des cadavres avant d'entreprendre la première de mes deux palatoplasties, et je ne fis la seconde qu'après avoir bien constaté de nouveau le peu d'adhérence de la membrane palatine aux os qu'elle revêt, adhérence d'autant moindre encore que les sujets sont plus jeunes. Les lambeaux ainsi obtenus sont à la fois fermes et flexibles; ils se laissent incliner en tous sens, même dans le sens de leur latéralité; de telle sorte qu'un lambeau antéro-postérieur de forme triangulaire et adhérent par sa base peut se déplacer, à droite ou à gauche, dans une certaine étendue, en empiétant d'autant sur la muqueuse voisine. Deux lambeaux pareils, taillés à peu de distance l'un de l'autre, peuvent ainsi être inclinés, attirés l'un vers l'autre jusqu'à ce que leurs bords soient en contact, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'intervalle qui les séparait soit exactement rempli. Le procédé de palatoplastie qui j'ai mis en usage repose sur ces données. C'est en taillant deux lambeaux sur les côtés de l'ouverture, et en les rapprochant par leurs bords, que j'ai pu réunir et refermer la perforation. Quelle forme maintenant donnera-t-on à ces lambeaux? Sous un rapport, il y aurait quelque avantage à ne leur con-

deux lignes de l'ouverture dont cette voûte était le siége. nstrument,— c'était un petit scalpel à lame étroite et à tran-nt convexe, — fut porté avec assez de force pour pénétrer qu'aux os; et je donnai pour limites à l'incision, tant à oite qu'à gauche, le point où je voulais qu'elle se joignît au rd externe de chacun des deux lambeaux que j'allais prati-er. Heureusement la voûte palatine, chez ce malade, était celles qui sont larges et peu profondes; je pus manœuvrer ns trop de difficultés. Je fis ensuite sur chacun des côtés de uverture, en agissant d'arrière en avant, deux incisions qui rent tomber sur la première incision transversale. De ces atre incisions nouvelles, les deux externes étaient à peu près rallèles l'une à l'autre, et chacune distante de la ligne mé-ne de toute la largeur que je voulais donner à chacun des mbeaux; les deux internes, au contraire, partant du même int, situé sur la ligne médiane *en arrière* de la perforation, aient un peu inclinées en dehors, et formaient ensemble un gle ouvert en avant, dans l'aire duquel était l'ouverture de voûte palatine.

Ainsi furent taillés deux lambeaux représentant chacun un angle à sommet tronqué, dont la base tournée en arrière ait une largeur de trois lignes environ : ils en avaient à u près quatre de longueur. Je n'éprouvai aucun embarras ur les séparer de la voûte palatine; ce que je fis en les ulevant du sommet vers la base avec le manche d'un petit alpel. Une dernière chose précéda le moment où je dus agir r ces lambeaux pour les rapprocher l'un de l'autre, et les pliquer sur l'ouverture à laquelle ils devaient servir de phragme. J'enlevai tout le tissu membraneux qui était resté ché aux bords de cette ouverture, ou plutôt tout le tissu e j'avais conservé entre les deux lambeaux. Il fallait bien, effet, mettre à l'état de cruentation la surface à laquelle je ais les faire adhérer, en même temps qu'ils s'uniraient n à l'autre par leurs bords correspondants. Il fallait un le entre eux pour que leur rapprochement pût avoir lieu.

travers le trou de la voûte palatine, et ramena aisément à l'extérieur les deux bouts du fil. Alors je n'eus plus qu'à fixer ensemble les deux chefs en dehors du nez, et à les mettre dans un degré de tension suffisant pour assurer l'application exacte des lambeaux sur l'ouverture du palais et leur immobilité. Je le fis en les tenant séparés l'un de l'autre par un petit tampon de charpie appliqué à l'entrée de la narine, et sur lequel ils furent noués par un nœud à rosettes. L'opération fut ainsi terminée de la manière la plus heureuse. Le résultat immédiat en fut aussi satisfaisant que j'avais pu le désirer, plus même que je n'avais osé l'espérer. Les deux lambeaux étaient exactement adaptés l'un à l'autre : ensemble ils fermaient hermétiquement l'ouverture de la voûte palatine, et me parurent reposer très immédiatement par leur surface sanglante sur les parties osseuses, qui avaient été à demi dénudées tout autour de cette ouverture.

Je ne crus pas devoir soumettre le patient aux privations que j'impose aux sujets qui ont subi la staphyloraphie proprement dite. Je lui permis donc d'avaler sa salive, de prendre des boissons, même des aliments mous, et de parler. Dès les premiers mots que M. Spencer proféra immédiatement après l'opération, il n'y avait plus la moindre altération dans le timbre de sa voix : celle-ci avait repris tout à fait son caractère naturel. Je laissai passer cinq jours sans toucher aux ligatures, que j'avais d'ailleurs eu soin de ne serrer que très modérément. C'est le temps que je laisse aussi en place, le plus ordinairement au moins, les fils après la suture du voile du palais. Je pensai qu'il était suffisant pour l'adhésion des lambeaux entre eux, et avec les parties auxquelles ils touchaient. Quand vint le moment d'ôter les fils, je coupai avec des ciseaux, du côté de la voûte palatine, chacun des deux petits anneaux qu'ils formaient : l'un des deux fut entraîné immédiatement avec la pince qui m'avait servi à le saisir ; l'autre, celui dont les bouts étaient contenus dans la narine et sortaient par l'orifice antérieur de cette cavité, fut retiré par cette voie. Les lambeaux étaient bien réunis l'un

Deux autres fois donc, dans deux cas presque parfaitement semblables l'un à l'autre, et qui différaient aussi très peu du précédent, j'ai entrepris l'occlusion d'une ouverture assez étendue de la voûte palatine. Chez les deux sujets, la perforation du palais avait succédé à une ulcération d'origine syphilitique : l'un était un homme de trente ans, originaire d'une de nos villes du Midi, et l'autre une femme fort jeune encore, que m'avait très particulièrement recommandée un de mes amis, M. Paradis, médecin fort distingué de ma ville natale. C'est à l'Hôtel-Dieu que j'ai opéré ces deux individus, le premier il y a douze ans, et l'autre il y a cinq ans seulement. Chez l'un et chez l'autre il y a eu succès complet.

Par un effet du hasard, presque au moment où je venais de voir M. Spencer, s'est présenté à moi un jeune homme chez lequel j'aurais pu avoir à tenter aussi l'occlusion d'une ouverture de la voûte palatine qui faisait communiquer chez lui la bouche avec les narines; mais ce nouveau cas d'uranoplastie m'a échappé. Le jeune homme, venu cependant exprès à Paris d'une de nos villes principales de l'Auvergne, s'est refusé à subir une opération, qui me paraissait offrir beaucoup de chances de succès. Sa position était remarquable sous plus d'un rapport, et mérite d'être connue.

Observation. — Il s'agissait chez lui, non pas d'une perforation accidentelle de la voûte palatine, non pas d'une ouverture établie consécutivement à quelque ulcération, mais d'une petite fente ou boutonnière occupant le milieu même du palais, dernière trace d'une ancienne division congénitale de toute la voûte palatine, de la lèvre supérieure, et du voile du palais. Ce jeune homme avait dix-huit ans : il n'en avait encore que sept

les cas du genre de celui dont il s''était agi. Mais une condition indispensable pour que cela ait lieu, c'est que les sujets soient jeunes encore; c'est que les os n'aient point atteint le terme de leur développement; c'est que même ils conservent encore un certain degré de flexibilité; c'est qu'ils ne soient pas trop solidement joints les uns aux autres. Le phénomène s'était accompli chez le jeune homme dont je raconte le cas. Mais le rapprochement des deux parties de la voûte palatine en arrière, bien qu'il se fût opéré à un haut degré, n'était pas complet : un an environ après l'opération, il avait cessé de faire des progrès. Une ouverture, une sorte de fente placée immédiatement en deçà, ou au-devant de la base du voile du palais, subsistait à la voûte palatine et faisait encore communiquer la bouche avec les narines. Cette ouverture était longue de cinq lignes au plus, et n'avait pas plus d'une ligne de largeur dans sa partie moyenne; il devait être bien facile d'y adapter un obturateur mécanique, mais il eût été préférable de la fermer définitivement avec un lambeau emprunté aux parties molles du voisinage. Le jeune homme s'est arrêté au premier parti, bien qu'il fût désireux au dernier point, à la fois de bien parler, et d'être délivré de la très petite difformité qui produit chez lui l'imperfection de la voix et du langage.

Vous ne devineriez pas, et c'est ce que son cas présente de plus singulier, de plus remarquable, vous ne devineriez pas, dis-je, mon cher ami, à quelle résolution bizarre, excentrique, ce jeune homme s'était abandonné, quel empire il avait pris sur lui-même, quelle étrange volonté, dans laquelle il persiste peut-être encore, avait fait naître en lui le chagrin, ou le simple déplaisir de ne pouvoir faire entendre qu'une voix nasonnée, et de ne pas jouir de toute la liberté du langage. Il y avait trois ans, vous disais-je plus haut, qu'il avait subi la staphyloraphie; depuis trois ans il en avait obtenu le résultat primitif le plus avantageux : eh bien, depuis trois ans, il s'était condamné au silence le plus absolu; depuis trois ans, il n'avait eu de communication par la parole, ni avec des étrangers, ni même avec

rations sur la staphyloraphie : mais la matière était neuve pour moi ; par là j'entends dire que jamais encore, si ce n'est dans un petit travail qui fait partie des comptes rendus de notre Académie des sciences (V. séance du 24 juin 1850), je n'avais été conduit à considérer la staphyloraphie sous ce premier point de vue. Jamais encore je n'avais exposé avec quelques détails les résultats de l'application qu'il m'a été donné d'en faire à des lésions du voile et de la voûte du palais, autres que des divisions originelles ou congéniales. C'est peut-être aussi l'unique fois que je traiterai ce sujet. Je puis être plus bref maintenant pour ce qui concerne la staphyloraphie proprement dite, c'est-à-dire considérée relativement à ces divisions originelles du voile du palais. En effet, c'est pour les conformations vicieuses de cette sorte qu'elle a été instituée particulièrement ; c'est à ces difformités natives qu'elle a été le plus appliquée ; à peine, dans le principe, avais-je présumé qu'elle pourrait subir beaucoup de modifications, que d'elle procéderaient d'autres opérations secondaires applicables à des lésions accidentelles, variables presque à l'infini. Ses rapports avec les différentes sortes de diastematostaphylie congéniale constituent le point de vue sous lequel je l'ai considérée spécialement et décrite dans mon premier mémoire.

cas où j'ai eu à pratiquer une opération, qui ne doit pas et ne peut pas toujours réussir.

III.

Toute division congéniale du voile du palais, petite ou grande, avec ou sans diduction des deux moitiés de la voûte palatine, comme toute division ou perforation accidentelle récente ou ancienne de la même partie, comme toute perforation de la voûte du palais, est une source d'incommodités nombreuses et diverses. Toutefois ces incommodités ne sont pas les mêmes aux différentes époques de la vie : il faut les étudier chez l'enfant nouveau-né, chez l'enfant, et chez les sujets adultes ; et chez un sujet adulte il n'est pas indifférent que les incommodités dont il s'agit aient toujours existé, c'est-à-dire qu'elles datent de l'enfance, ou bien qu'elles soient le résultat d'un événement imprévu, d'un accident. Il y a bien toujours dérangement de quelques uns des actes qui s'accomplissent dans l'intérieur de la bouche, de ceux surtout auxquels concourent particulièrement l'isthme du gosier, la voûte et le voile du palais. Mais ce dérangement ne s'exprime pas de la même manière, mais il n'a pas tout à fait le même caractère, et les effets qui en résultent n'ont pas la même gravité, dans tous les cas où l'on peut avoir à les observer.

Chez un enfant qui vient de naître avec une division du voile du palais, que peut-il résulter d'une telle difformité pendant les premiers temps de la vie ? Rien autre chose qu'un empêchement à la succion, qui pour l'homme

Observation. — Je croyais encore, il y a peu de temps, qu'un bec-de-lièvre double, avec avance ou saillie des os incisifs, première complication si ordinaire, sinon constante du bec-de-lièvre double, avec fissure de la voûte palatine, avec bifidité du voile du palais, était la monstruosité la plus extrême dont la face pût être le siége; je ne pensais pas qu'une telle monstruosité pût se compliquer d'un autre élément. Mais, tout récemment, on m'a présenté à l'Hôtel-Dieu un enfant nouveau-né, chez lequel, en même temps qu'il y avait division médiane et complète des parties solides et des parties molles de la mâchoire supérieure, la mâchoire inférieure était de beaucoup plus petite qu'elle ne devait l'être, et comme retirée en arrière. La langue, plus petite pareillement, semblait avoir éprouvé aussi une sorte de rétrocession : elle était comme engagée entre les deux parties du voile du palais; et l'on pouvait croire qu'il était heureux que cette dernière partie fût bifide. Autrement, en effet, il n'y aurait point eu un espace libre suffisant pour le passage de l'air. Déjà, l'espace intermédiaire aux deux moitiés du voile du palais suffisait à peine pour le passage des aliments liquides, qu'on avait essayé de faire prendre à l'enfant; il avait fallu porter fort avant dans la bouche, et jusqu'au delà de l'espèce de mamelon triangulaire, qui représentait la langue, l'extrémité d'un biberon. C'est avec cette précaution qu'on a dû continuer à essayer de faire vivre le malheureux enfant, dont la face était si vicieusement conformée. Je ne sais pas si l'on y est parvenu : j'aime mieux penser qu'il a cessé d'être.

Généralement donc, un enfant né avec le voile du palais divisé ou bifide ne peut exercer la succion, telle du moins qu'elle a lieu dans l'allaitement naturel : mais, du moment que les aliments sont introduits dans la bouche de quelque autre manière, il y a pour lui toutes les chances possibles de vie, car rien ne met obstacle à la déglutition. Tout au plus peut-il arriver que certaines fois, et plus souvent

c'est un résultat nécessaire de l'espèce d'inaction à laquelle est condamné le voile du palais, l'organe qui, dans l'état normal, concourt le plus à leur production par ses mouvements et par les configurations diverses qu'il peut prendre.

A cause de cette imperfection si grande du langage, une division du voile du palais est déjà un état fâcheux chez une jeune personne, chez une femme. Chez celle-là même qui n'est pas dépourvue d'agréments physiques, l'éclat en est terni, le charme disparaît. Et, dans tous les cas, combien de positions sociales, parmi celles qui sont dévolues à la femme, dont l'accès devient difficile, ou même impossible, avec une si grande incommodité! Mais combien est plus triste encore la position d'un homme chez lequel une division du voile du palais persisterait indéfiniment! Que d'embarras, que de contrariétés l'attendent dans ses relations avec ses semblables! Que de carrières, parmi les plus nobles, les plus grandes, les plus honorables, lui sont tout à fait interdites! Heureux encore, si, dans sa jeunesse, il a pu triompher de l'obstacle que la seule difficulté de parler et de se faire comprendre a pu faire naître à l'exercice de ses facultés, à la culture de son esprit. Assez généralement, en effet, les enfants ou les très jeunes sujets qui parlent mal, parce qu'ils ont le voile du palais bifide, étudient mal, travaillent mal, et se découragent facilement: rarement peuvent-ils compléter leur éducation.

Chose notable toutefois: avec quelques efforts d'intelligence, une étude tant soit peu spéciale, et du bon vouloir, quelques uns parviennent cependant à corriger tant soit peu le vice de leur prononciation. J'ai même remarqué que, généralement, la voix est plus étendue, qu'elle est

ment. La plupart, j'en suis à peu près certain, n'en ont qu'imparfaitement la conscience. Elles savent que leur langage est défectueux, pénible et fatigant pour les autres, au moins autant d'après ce qui leur a été dit, que d'après ce qu'elles sentent elles-mêmes. Il en est de ces personnes, par rapport à ce qu'il y a chez elles d'insolite et de contre nature, comme de chaque individu bien conformé, qui ne connaît parfaitement, je le crois du moins, ni le timbre, ni les intonations propres de sa voix, ni même telle ou telle défectuosité plus ou moins grande dans sa manière d'articuler les sons. Non, très certainement, notre voix, telle que nous l'entendons, telle que chacun de nous l'entend, n'est pas exactement celle que nous faisons entendre aux autres.

Un timbre désagréable de la voix, et une prononciation défectueuse, ne sont pas les seules incommodités inhérentes à toute division du voile du palais, chez un jeune homme ou chez un sujet adulte. A ce double vice de la parole ou du langage sont constamment jointes une altération plus ou moins grande des modulations de la voix qui constituent le chant, et l'impossibilité du chant lui-même, d'un chant régulier au moins. Quelques autres incommodités sont également inséparables; mais elles sont beaucoup moins importantes que les premières. On les remarquerait à peine, à peine devrait-on en faire mention, si elles étaient les seules dont pût se plaindre un individu chez lequel existe un tel vice de conformation. Qu'importe, en effet, qu'ayant une fois franchi les premières périodes de la vie, cet individu ne puisse pas humer l'eau au bord d'une fontaine; que la succion,

trouble, la même aberration dans les actes divers auxquels concourt le voile du palais, et dans ceux qui ne peuvent s'accomplir régulièrement qu'avec une séparation complète de la bouche et des narines. Mais l'altération du timbre de la voix; mais l'impossibilité plus ou moins absolue de faire entendre certaines consonnances; mais un grand changement dans l'étendue et dans le caractère de la voix modulée; mais de grandes difficultés pour faire rendre à tel ou tel instrument à vent les mêmes sons qu'on en avait tirés jusqu'alors; tous ces contre-temps, tous ces tristes effets d'une division accidentelle et permanente du palais mou, ou du palais solide, n'empruntent-ils pas un caractère plus fâcheux des circonstances dans lesquelles se trouve l'individu qui les éprouve? Il avait joui jusqu'alors de toute la plénitude de ses facultés vocales; elles lui sont maintenant enlevées en totalité ou en partie: leur exercice facile et régulier était pour lui besoin, habitude, jouissance, comme l'est l'accomplissement de tous les actes dont notre vie se compose; maintenant ce besoin, cette habitude, il ne peut les satisfaire qu'à demi. Cette jouissance, il ne l'éprouve plus qu'imparfaitement; ou plutôt, à la satisfaction de pouvoir exercer tant de facultés diverses a succédé pour lui, au moins, quelque embarras dans ses relations sociales. Il a de plus l'appréhension, bien naturelle, que l'altération de sa voix ne trahisse à la fois, et la difformité dont il est atteint, et la maladie d'où proviennent le plus ordinairement les perforations et les autres divisions accidentelles de la voûte palatine, ou du voile du palais.

Et ne sera-t-il pas plus malheureux encore s'il est du nombre de ces individus, formant une classe si nom-

une perfection qu'il ne connaissait pas. Mais par la même opération, ou par quelqu'une de celles qui en dérivent, appliquée à des divisions accidentelles, l'homme recouvre des facultés dont il était habitué à faire usage. Ne vous semble-t-il pas, mon cher Lawrence, que c'est comme un bien perdu dont la jouissance lui est rendue? Il en comprend mieux la valeur.

IV.

Sans être grand partisan des dénominations nouvelles pour désigner des objets déjà connus, et auxquels des noms sont déjà imposés, je ne suis cependant pas éloigné d'admettre le terme de *diastématostaphylie* pour désigner la division congéniale du voile du palais. Il est assez significatif, bien qu'un peu long : il exprime bien la difformité dont il s'agit ; et peut-être m'en servirai-je encore, comme je l'ai déjà employé certaines fois, ne serait-ce que pour mettre un peu de variété dans mes descriptions. Tous les sujets atteints de diastématostaphylie ne sont pas, à beaucoup près, dans les mêmes circonstances. Beaucoup de cas différents se présentent, pour lesquels il n'y a pas toujours indication d'agir, et pour lesquels il y a aussi à faire diversement l'application des ressources ou des moyens que la chirurgie a institués. D'une part, la simple bifidité de la luette, ou bien, ce qui est plus ordinaire, avec la luette bifide une division médiane du voile du palais dans une étendue d'un centimètre au plus au-dessus du niveau du bord libre ; d'autre part, une division de tout le voile du palais, et de la voûte palatine dans tout son diamètre antéro-posté-

sens contraire. C'est qu'en effet la division du voile du palais, et celle de la lèvre qui constitue le bec-de-lièvre, sont ce qu'il y a de plus important dans l'ensemble des difformités par arrêt de développement de toutes les parties molles ou solides de la mâchoire supérieure. Mais elles ne coïncident pas toujours : selon les cas, c'est donc tantôt à l'une, et tantôt à l'autre que se rapporte, comme complication ou disposition aggravante, telle ou telle autre conformation anormale de la voûte palatine. Quand elles existent ensemble chez le même sujet, avec ou sans déformation des parties solides, chacune des deux est une complication de l'autre : et selon certaines circonstances, c'est tantôt le bec-de-lièvre, et tantôt, au contraire, la division du voile du palais qui est le vice de conformation dominant ; c'est tantôt à l'un, tantôt à l'autre que telle ou telle autre déformation concomitante de la voûte palatine doit être rapportée comme complication.

Complète ou incomplète, simple ou composée d'une manière quelconque, toute division congéniale du voile du palais existe sur la ligne médiane : il serait peut-être mieux de dire qu'elle s'est formée sur la ligne médiane ; car dans quelques cas elle semble comme inclinée d'un côté, bien que par son angle supérieur elle corresponde à l'épine nasale postérieure. Alors les deux parties du voile du palais n'ont pas tout à fait la même largeur ; et presque toujours celle des deux qui paraît la plus étroite a en même temps un peu moins de hauteur que l'autre. Mais toujours on distingue bien les deux moitiés de la luette, limitant l'intervalle plus ou moins grand qui sépare les deux bords de la division. Cet intervalle est triangulaire quand la division est

du palais n'est le même chez tous les sujets. Cela est vrai surtout pour les cas dans lesquels il y a bifidité plus ou moins étendue de la voûte palatine; et c'est aussi pour les cas de cette sorte que la chose est importante à considérer. Car dans l'opération applicable à la diastématostaphylie, les difficultés de l'opération elle-même, et plus encore l'incertitude d'un résultat favorable, sont d'autant plus grandes que les parties à réunir sont plus éloignées l'une de l'autre. Déjà lorsqu'il y a fissure de la voûte palatine, le moindre écartement possible des parties osseuses ajoute à la diduction des deux moitiés du voile du palais, surtout dans leur partie supérieure. Avec un écartement un peu plus considérable des os, il y a diduction plus grande aussi des deux moitiés du voile du palais, qui sont les seules parties sur lesquelles on puisse agir immédiatement; de là succès encore moins assuré d'une opération, dont les difficultés aussi sont accrues par cette circonstance. Chez quelques sujets même, l'intervalle qui sépare, et les bords de la fente incomplète ou complète de la voûte palatine, et ceux des deux parties isolées du voile du palais, est tel que toute tentative de rapprochement de celles-ci serait infructueuse. Il y aurait témérité à l'entreprendre, même en s'aidant de la séparation en haut de chacune de ces deux parties du voile du palais et du bord postérieur de la voûte palatine, par une section transversale prolongée le plus possible en dehors.

C'est chose ordinaire qu'une conformation particulière de la face coïncide avec tel ou tel degré de diduction des bords de la fente, surtout quand les os y participent. Il est très vrai surtout qu'on ne voit guère une diastémato-

l'approche, le contact des instruments, et si l'on n'a pas à craindre de trop grandes difficultés pour les manœuvres, toujours si minutieuses, de la staphyloraphie. Chez quelques sujets, au contraire, l'organe paraît en quelque sorte tout membraneux ; du moins le plan charnu qui entre dans sa composition doit avoir peu d'épaisseur ; les deux parties à réunir sont très molles, et si minces qu'on ne pourrait les mettre l'une avec l'autre en rapport que par des surfaces trop étroites. Alors difficilement doit-on compter sur un affrontement régulier. Il y a peu de chances pour qu'une opération faite dans des cas de ce genre puisse réussir Et combien le succès est-il plus incertain encore s'il faut faire disparaître un écartement considérable ; ou bien si l'opération doit être entreprise sur un sujet d'une organisation délicate, et chez lequel les tissus n'ayant en partage qu'une faible vitalité, auraient peu de tendance à une inflammation franchement adhésive !

Je viens d'indiquer des dispositions toutes contraires du voile du palais : mais, que de variétés ne remarque-t-on pas entre ces extrêmes ! A peine trouverait-on deux cas qu'on pût assimiler l'un à l'autre quant à la force, à l'épaisseur, à la souplesse, à la mobilité des parties atteintes par la difformité. Probablement aussi les mêmes nuances existent dans l'organisation, dans la vitalité de ces parties. Tout cela peut rendre raison des résultats assez différents de la staphyloraphie, de la réussite ou complète ou incomplète, et de la non-réussite de cette opération, mais seulement jusqu'à un certain point. Car il y a toujours à tenir compte des circonstances dont l'opération elle-même a été accompagnée ; de son exécution facile ou difficile,

deur de l'ongle du doigt médius environ, le voile du palais paraît réduit à ses deux seules couches de membrane muqueuse, encore très amincies; ou plutôt, là, il est formé par un simple tissu membraneux très mince, à demi transparent. On dirait qu'il a été primitivement le siége d'une division plus étendue que celle qu'on y remarque maintenant, et que les bords de la fente, rapprochés incomplétement de haut en bas, et imparfaitement aussi dans le sens transversal, se sont joints l'un à l'autre par une membrane cicatricielle intermédiaire. Cette disposition, en conséquence de laquelle le voile du palais a nécessairement une épaisseur inégale dans ses différentes parties, concourt-elle pour quelque chose à l'altération du timbre de la voix et au vice de la prononciation? Cela n'est pas hors de vraisemblance. C'est pour cela que dans l'opération qui avait été tant désirée, par mademoiselle ***, et qu'ensuite elle n'a plus consenti à subir, opération qui n'est peut-être que remise à un autre temps, je devais enlever cette petite portion simplement membraneuse du voile du palais. J'aurais craint, en ne faisant que l'entamer dans l'avivement des bords de la division ou de la petite fente qu'elle surmonte, de ne point avoir de réunion vers la partie supérieure. A la vérité, je ne pouvais pas l'enlever sans produire une plaie assez étendue en hauteur, à bords échancrés ou semi-elliptiques. Mais je comptais sur l'extensibilité, naturellement si grande du voile du palais, pour obtenir le rapprochement de ces bords, et pour établir entre eux une coaptation immédiate.

V.

C'est seulement par la suture, et par une suture précédée de l'avivement des bords de la division, qu'on peut tenter de faire disparaître la difformité dont je viens d'indiquer les principales variétés. Aucun autre moyen de réunion ou de synthèse n'est applicable ici. Je sais

qui se montre quelquefois au milieu de la cicatrice. Une telle ouverture consécutive à la staphyloraphie a toujours son siége sur la ligne médiane : tantôt c'est près de la voûte palatine ; et alors elle s'est formée à cause d'une très petite bifurcation de l'épine nasale postérieure : tantôt c'est plus bas, quelquefois même assez près de la base de la luette ; et presque toujours elle a été formée par le nœud d'un des fils qui ont servi à la suture. De plusieurs cas de ce genre où j'ai tiré un bon parti de la cautérisation, deux surtout m'ont paru remarquables à quelques égards.

Observations.— En 1842, je fis, à quelques jours d'intervalle seulement, deux opérations sur deux sujets à très peu près du même âge, qui montrèrent l'un et l'autre plus de patience et de docilité que je ne l'avais espéré. L'un d'eux était un jeune Espagnol, fils d'un négociant de Bilbao ; l'autre était une demoiselle de Rennes. Le jeune homme avait dix-huit ou dix-neuf ans ; la jeune personne en avait seize seulement. Le résultat définitif a été le même, et pareillement beau dans les deux cas : chez la jeune demoiselle de la Bretagne, comme chez le jeune Biscaïen, le voile du palais a été reconstitué complétement, mais non sans quelques contre-temps qui ont présenté à la fois une certaine analogie et une différence notable dans les deux cas.

Chez le jeune Espagnol la réunion des deux parties du voile du palais fut presque complète de prime abord. Mais comme il y avait une légère bifurcation de la voûte palatine en arrière, à cause d'une division de l'épine nasale postérieure seulement, il n'y eut pas d'adhésion immédiate à la partie la plus élevée. Une ouverture s'y établit, ouverture qui avait une ligne et demie de diamètre environ. A force d'en toucher les bords avec du nitrate d'argent, je parvins à y faire naître des granulations celluleuses, et par suite un travail d'oblitération. Celle-ci fut achevée après trois semaines ou un mois. Le jeune Garocika put, dès lors, mettre plus facilement et plus avantageusement

aucun changement. La nouvelle opération ne fut pas très laborieuse. Les premiers jours qui la suivirent se passèrent sans orages; tandis que, lors de la première, la jeune malade avait éprouvé un malaise général, une grande agitation, et les symptômes d'un léger catarrhe : elle n'avait pu contenir quelques efforts de toux ; et de tout cela avait dépendu, sans doute, la désunion, heureusement incomplète, des deux parties du voile du palais. Quand je retirai les fils, l'ouverture paraissait close; mais après deux jours elle redevint béante, au milieu seulement : dans l'intervalle des deux points de suture, parut un nouvel hiatus, de forme à peu près circulaire, un trou de la grandeur d'une lentille, dont les bords se cicatrisèrent bientôt, mais qui menaçait de persister indéfiniment. C'est alors que j'eus recours à la cautérisation avec le nitrate d'argent, dans le but et avec l'espérance d'obtenir l'occlusion de cette ouverture. J'y procédai comme je l'avais fait chez le jeune Espagnol. Le résultat fut le même. Après trois semaines environ, pendant lesquelles je portai trois ou quatre fois le nitrate d'argent, et deux fois un très petit cautère actuel terminé en olive, il n'y eut plus trace aucune du trou qui avait existé au voile du palais. La jeune personne, qui était restée à Paris pendant tout le temps intermédiaire aux deux opérations que j'ai eu à lui pratiquer, put rentrer dans sa famille avec une conformation parfaitement régulière de l'isthme du gosier.

VI.

Je l'avais entrevu dès l'abord, je l'ai dit dans mon premier travail, et le temps n'a fait que me fortifier dans ma manière de voir, — la staphyloraphie n'est point une opération qu'on doive pratiquer chez les très jeunes sujets. En cela, elle diffère de celle du bec-de-lièvre, qu'à la rigueur on peut faire, et qu'on fait bien souvent avec succès sur des enfants en très bas âge, bien qu'en général il soit

bonne volonté de la part de l'individu qui a à la subir; il faut qu'il ait le sentiment de son incommodité, et le vif désir d'en être délivré; qu'il se sente le courage nécessaire pour affronter la douleur, et qu'il soit capable de se surveiller lui-même après l'opération terminée; il faut que ses forces et sa patience lui permettent de supporter certaines privations, certains assujettissements, sans lesquels on ne peut guère compter sur le succès. Rien ne peut être ni commencé, ni poursuivi, ni terminé sans son concours, sans sa volonté, sans sa participation. Ce n'est pas trop du degré de raison, et de la force de caractère que l'homme possède à dix-huit ou vingt ans : mais cela suffit, et il convient de profiter de cette première époque favorable, afin que les sujets qui ont eu jusque-là à souffrir des torts de la nature puissent jouir aussitôt que possible des avantages que l'art peut leur procurer. Quelques années de retard leur donneraient seulement peut-être une résignation plus grande, un courage plus affermi, sans les mettre sous d'autres rapports dans des circonstances plus favorables.

Avant l'âge de dix-huit ou vingt ans, quelle autre époque de la vie voudrait-on choisir pour opérer un sujet venu au monde avec le voile du palais bifide? Serait-ce la première enfance? Si, au lieu de la staphyloraphie proprement dite, il pouvait s'agir seulement de provoquer le rapprochement de proche en proche, et l'adhésion des bords d'une division du voile du palais par des cautérisations successives, même avec un bouton de feu, un tel procédé ne serait point inexécutable. Quoique je n'y aie jamais eu recours chez des enfants nouveau-nés, ni sur des enfants de quelques mois seulement, je ne désapprouverais pas qu'on se

jours. Et le moment étant venu d'enlever les ligatures appliquées sur un voile du palais si mou, si mince, si peu résistant, n'aura-t-on pas de nouvelles difficultés à vaincre pour retirer les fils? N'y aura-t-il pas les chances les plus grandes pour que tout travail de réunion soit promptement détruit par les moindres cris de l'enfant, par les plus petits mouvements de déglutition?

Je dois avoir plus que qui que ce soit l'habitude de conduire et de faire agir des instruments sur l'isthme du gosier. Je dois connaître toutes les variantes dont sont susceptibles les manœuvres ou les actes divers de la staphyloraphie. Plus que qui que ce soit, je dois être familiarisé avec toutes les difficultés particulières à cette opération, avec tous les artifices par lesquels on peut en triompher. Je ne le suis pas moins avec les soins consécutifs dont le patient doit être environné, si l'on veut que jusqu'au moment définitif tout concoure à un résultat heureux. Eh bien, je ne voudrais pas être mis en demeure de tenter autrement que par les cautérisations successives la restauration du voile du palais sur un enfant en bas âge. Je reculerais devant une telle entreprise. Ce ne sont pas tant les difficultés qui retiendraient ma main, que la crainte de compromettre l'existence, déjà si précaire, d'un enfant de quelques semaines ou de quelques mois, et la trop grande incertitude d'un résultat favorable. D'autres peut-être seront plus entreprenants. Déjà, l'un de nos jeunes chirurgiens, qui ne s'est repenti qu'à demi de sa hardiesse, me faisait part, il n'y a pas longtemps, d'un cas dans lequel il s'est hasardé à faire une staphyloraphie véritable et complète sur un sujet presque nouveau-né : c'était sur un enfant de

ensuite à faire adhérer ces dernières parties l'une à l'autre; et le succès a couronné son œuvre. Seulement au lieu de faire une opération sanglante et de pratiquer des points de suture, il s'était contenté de cautériser à plusieurs reprises les bords de la division.

Ce n'est pas non plus sur un enfant de quelques années seulement, comme de quatre, cinq, ou six ans, qu'on pourrait entreprendre la staphyloraphie avec quelques chances de succès. Les conditions seraient peut-être plus favorables que chez un enfant nouveau-né, ou un enfant de quelques mois, pour tout ce qui doit suivre l'opération une fois terminée, et en définitive, pour l'adhésion qu'il s'agit d'obtenir. Mais que d'embarras, que d'obstacles ne ferait pas naître, pour l'opération elle-même, l'impatience, l'indocilité si naturelle aux enfants chez lesquels la raison en est encore à ses premiers développements! Comment arriverait-on à faire bien au milieu de l'agitation, des cris d'un enfant tout entier à l'appréhension de la douleur, usant par instinct de tous les moyens que la nature a mis à sa disposition pour s'y soustraire, et sur lequel le langage de la persuasion n'aurait aucune prise? L'habileté la plus grande échouerait probablement. Je n'ai jamais voulu rechercher un triomphe de hasard.

Une fois cependant je suis parvenu, chez un enfant de quatre ans, comme je vous l'ai dit, à réunir une plaie à lambeau qui avait été faite vers le centre du voile du palais par le manche d'une petite raquette : mais, la plaie était toute récente; il n'y avait point d'avivement à faire; j'ai engagé un seul fil en anse dans le sommet du lambeau; j'en ai ramené les bouts, à travers la plaie, dans l'une des

n'est pas l'âge auquel l'homme consent froidement à supporter la douleur ; et pour une opération qui, plus qu'aucune autre, exige que l'individu qui la subit y concoure par sa docilité, le courage d'un jeune homme ou d'une jeune personne de quatorze ou quinze ans faillira dans le plus grand nombre des cas. Le plus ordinairement, j'en suis persuadé, il faudrait laisser inachevée une œuvre entreprise avec trop de confiance. Trois fois cependant j'ai eu à faire la suture du voile du palais sur des sujets de l'âge dont il s'agit ; dans les trois cas, j'ai pu terminer l'opération à très peu près au gré de mon désir, je veux dire sans grandes imperfections, mais non pas sans avoir eu à vaincre beaucoup de difficultés.

L'un des individus était une jeune Française qui n'avait pas encore atteint sa quinzième année ; les deux autres étaient deux jeunes Anglais, dont l'un avait treize ans, et l'autre un peu moins de quatorze. J'avais cédé aux instances des parents, et je m'étais laissé séduire aussi par l'assurance que les jeunes patients m'avaient donnée qu'ils supporteraient avec courage ce qu'il y avait à leur faire. Je trouvai un peu moins de raison et de docilité chez la jeune demoiselle que chez les deux jeunes Anglais. Tout n'était pas naturel dans la patience et le courage que ceux-ci manifestèrent ; un petit sentiment d'orgueil, peut-être même de fierté nationale, y entra pour quelque chose. Cela fut manifeste surtout pour l'un d'eux qui, au moment où je le félicitais sur le courage qu'il avait montré, prit aussitôt une plume, et me manda par écrit que très probablement je n'aurais pas pu terminer sur un jeune Français de son âge l'opération que je venais de lui faire. Mais aucune de ces

posée; leur haleine était brûlante, et leur bouche exhalait une odeur presque fétide. Il était bien temps que je leur permisse de prendre du bouillon, des potages clairs, et un peu de vin; en un mot, que je rompisse la diète absolue qu'ils avaient dû subir. C'est ce que j'ai l'habitude de faire immédiatement avant d'enlever les points de suture.

VII.

Je passe avec vous, mon cher ami, à un autre sujet de remarques. Telle je l'ai conçue tout d'abord, telle je l'ai pratiquée pour la première fois, et telle la staphyloraphie est restée dans mes mains, pour les cas ordinaires, c'est-à-dire pour les divisions congénitales du voile du palais. Je ne lui ai fait subir aucune modification. Je m'exprimerais peut-être plus exactement, en disant que je n'ai rien changé aux bases ni aux principaux détails du procédé opératoire. Mais il a fallu modifier ce procédé pour le rendre applicable aux fissures du voile du palais avec bifidité de la voûte palatine; de même que besoin a été d'y ajouter ou d'en retrancher quelque chose, pour étendre la staphyloraphie aux simples perforations, soit du voile du palais, soit de la voûte palatine. L'uranoplastie ne pouvait être qu'une imitation de la staphyloraphie proprement dite.

Pour celle-ci, ce n'est pas seulement l'habitude de faire d'une certaine manière, et cet attachement bien excusable pour ce qu'on a créé, qui me font tenir au mode d'exécution par lequel j'ai débuté dans l'opération dont il s'agit. Non, j'ai la conviction la plus entière qu'il présente au plus haut degré la condition la plus désirable dans tout procédé opé-

opère exclut tout autre mode de synthèse ; et, parmi les différentes sortes de sutures, celle qu'on nomme suture simple, entrecoupée ou à points séparés, est la seule convenable. J'ai ouï dire, cependant, que quelques personnes avaient songé à la suture entortillée. La seconde partie principale de l'opération se compose de deux temps bien distincts : le placement ou l'introduction de petites ligatures rubanées, au nombre de deux, ou de trois; et la formation des nœuds au moyen desquels ces deux ou trois ligatures sont transformées en autant de petits anneaux qui embrassent, étreignent, rapprochent et maintiennent en contact les bords de la division mis à l'état sanglant.

Ainsi, l'avivement de ces bords, le placement des fils, et la formation des nœuds pour transformer chaque ligature en un petit anneau complet, voilà les trois choses principales que comprend toute staphyloraphie : je devrais plutôt dire, le placement des fils, l'avivement des bords de la fissure et la formation des nœuds pour compléter la suture. C'est dans cet ordre, en effet, que les trois temps principaux de l'opération doivent se succéder : il faut avoir placé les ligatures, les avoir engagées chacune par leurs extrémités, qui doivent être tournées en avant, dans les deux parties du voile du palais, à quelque distance des bords de la division, avant de songer à l'avivement de ces bords. Je n'ai jamais fait autrement. Il y aurait de grands inconvénients à s'écarter de cette règle.

Je le sais, et j'avais prévu cela dès que je fus conduit à méditer pour la première fois, sur la staphyloraphie : placés en commençant, les fils embarrassent pour ce qui doit suivre ; les anses qu'ils forment au delà du voile du

sur deux sujets de dix-sept à dix-huit ans, et que j'avais cru doués d'une raison suffisante, il m'a fallu remettre à un temps plus éloigné une opération dont le succès eût été compromis, si j'avais voulu lutter contre leur agitation et leur impatience. Dans chacun de ces deux cas j'avais presque terminé l'application des fils : c'était sur deux jeunes demoiselles. J'ai opéré plus tard l'une des deux seulement : ç'a été avec succès, et je me suis bien félicité d'avoir eu à agir sur un voile du palais, dont les deux moitiés étaient dans leur intégrité première. Si mince, en effet, que soit le lambeau qu'on détache de chaque côté dans l'avivement, toujours est-il que le voile du palais a perdu quelque chose de ses dimensions en largeur ; il est donc moins avantageusement disposé si l'on doit entreprendre une seconde opération après une première qui n'a pas réussi, ou après une première qu'on n'a pas pu terminer.

Je n'entends pas dire toutefois qu'une opération nouvelle doive, à cause de cela, et à cause de cela seulement, présenter des difficultés extraordinaires ; ni, non plus, que le succès en soit moins probable de beaucoup que dans toute autre circonstance : mais on peut craindre un peu plus qu'elle ne réussisse pas ; et la réussite a quelque chose de plus remarquable. Je compte quelques succès après des staphyloraphies faites itérativement sur des sujets qui avaient été opérés inutilement une première fois. Tout remarquables que ces cas peuvent être, il serait superflu que je les exposasse ici en détail. En effet, présentés sous ce point de vue, ils fourniraient seulement la preuve de ce que je viens d'établir ; ils ne diraient rien de plus. Un seul a été accompagné de circonstances assez particu-

un effet répercussif; que peut-être elle empêcherait le développement de l'inflammation adhésive, au moins au degré suffisant pour la jonction parfaite des deux parties du voile du palais. Je n'ai jamais eu, et je n'ai pas encore, comme bien on pense, la certitude que cela ait été la véritable cause du non-succès de l'opération. Le fait est cependant que l'inflammation s'était à peine développée : il n'y eut pas désunion consécutivement à une réunion ou incomplète ou trop légère, comme cela arrive assez souvent. Je n'avais pas eu non plus à observer cette phlogose assez intense du voile du palais, avec production sur les bords de la plaie, entre les points de suture, d'une matière glutineuse, qui, lorsqu'elle advient, est pour moi d'un mauvais augure, et m'annonce qu'il n'y aura point adhésion. Non, et pourtant lorsque je crus devoir retirer le fil, c'était au cinquième jour, il n'y avait pas le moindre indice de réunion. N'était l'agrandissement des ouvertures qui avaient été faites par les aiguilles, les deux parties du voile du palais semblaient être dans l'état où elles se trouvaient au moment où elles avaient été rapprochées par la suture : immédiatement elles se séparèrent l'une de l'autre. Je n'avais encore jamais eu recours à l'introduction souvent répétée dans la bouche de glace pilée ou d'un liquide très froid, après la staphyloraphie, dans le but de tempérer l'ardeur et le malaise si grand qui, pendant une saison chaude, résultent infailliblement d'une abstinence complète de boissons. C'était la première fois que j'avais usé d'un tel expédient pour tromper la soif; je me suis bien gardé d'en user de nouveau ni pour M. D..., ni pour d'autres sujets en pareille occurrence : je permets seulement que la bouche soit humectée de temps à autre avec de l'eau simple, ou avec quelque autre liquide plus agréable au goût.

M. D... avait trop le désir de bien parler ; il avait trop bien compris la cause probable du non-succès de l'opération que je lui avais pratiquée; il comprenait trop bien aussi qu'une nouvelle tentative offrait tout autant de chances de réussite que la première, pour ne pas vouloir être opéré de nouveau aussitôt

et pratiqué l'avivement jusqu'à l'épine nasale, je fais de chaque côté une section transversale au voile du palais, pour séparer chacune de ses parties de l'os palatin correspondant. C'est comme cela seulement qu'on peut ensuite les rapprocher l'une de l'autre, en haut, jusque sur la ligne médiane. Permettez-moi d'ajouter tout de suite qu'il faut s'attendre à voir les deux petites plaies, qui résultent de cette double incision transversale, faite près des parties d'où le voile du palais tire ses vaisseaux, fournir une quantité de sang assez considérable. Cela n'a pas le caractère d'une hémorrhagie proprement dite ; du moins cette petite hémorrhagie cesse-t-elle assez promptement. Mais une précaution qu'il faut avoir dans les cas de cette sorte, c'est d'attendre, pour nouer les fils, que le sang ait cessé de couler. Autrement, et surtout si c'est le fil inférieur qu'on a noué le premier, il pourrait arriver qu'un caillot se formât très promptement au-dessus de l'anse formée par ce fil, et se trouvât retenu entre les bords avivés de la division.

C'est vraiment une chose bien remarquable que cette extension dont le voile du palais devient susceptible dans sa partie la plus élevée, du moment qu'il a été détaché du bord postérieur de la voûte palatine. Je crois avoir été bien inspiré le jour où la pensée m'est venue de le couper ainsi en travers pour rendre la staphyloraphie applicable aux cas dans lesquels il y a diduction des deux moitiés de la voûte palatine. Sans cette ressource, et je ne m'en étais que trop convaincu auparavant, les cas de ce genre eussent été irrémédiables : le champ de la staphyloraphie eût été très restreint. Mais il y a deux précautions importantes à pren-

commence toujours par l'inférieur. Il faut qu'ils soient gagés, de chaque côté, à trois lignes environ du bord de division ; on peut aller jusqu'à quatre lignes de distance. ı se rapprochant trop du bord libre, on s'exposerait à ns de difficultés pour bien faire l'avivement, et il se urrait qu'après la suture terminée les parties embrassées ıns chaque point de suture fussent promptement coupées ır le fil, à cause de leur peu d'épaisseur.

Premier temps. J'introduis les deux bouts de chaque ature, l'un à droite, l'autre à gauche, tous deux d'arère en avant. Ils ont été par avance armés, chacun en rticulier, d'une aiguille, à moins qu'on n'aime mieux ire servir la même aiguille pour les deux bouts de chaque ature en la faisant passer de l'un à l'autre. J'emploie des guilles courbes, légèrement aplaties de la concavité à convexité, qui représentent la moitié d'un cercle de six huit lignes de diamètre. Un tel instrument ne peut pas re porté avec les doigts seuls au delà de la division que ésente le voile du palais. Je l'y conduis, et le fais maeuvrer au moyen d'un porte-aiguille qui ne diffère guère ı tous les instruments de ce genre depuis longtemps nployés en chirurgie, qu'en ce qu'il est assez long pour ıe des mouvements lui soient imprimés facilement avec main placée hors de la bouche. Il doit être assez fort ur que l'aiguille, une fois saisie par la tête, ou par la partie laquelle tient la ligature, et serrée au moyen de l'anneau ıi rapproche les deux branches de la pince, soit parfaitement immobile ; il faut qu'il soit assez bien construit pour u'on puisse lui faire abandonner l'aiguille sans que celle-ı éprouve aucune secousse, et sans qu'on soit exposé à la

voir abandonner l'ouverture déjà faite au voile du

On pourrait, avant de donner chaque coup d'
fixer et tendre un peu chaque portion du voile d
en la saisissant près de la luette avec une pince. M
beaucoup déjà qu'il faille procéder de la sorte po
vement ; et je préfère placer les ligatures en aban
le voile du palais à lui-même. Sans doute, il s
rétracte, et semble fuir à l'approche de l'instrum
cette rétraction ne dure pas, et en ne se hâtant p
un moment vient où, pour chaque point de suture,
étant portée jusque dans le pharynx, sa concavité
en avant, on peut en plonger la pointe en dehors
distance convenable du bord de la division : on
par le côté pharyngien du voile du palais, qui se tro
transpercé d'arrière en avant. Je fais saillir cet
du côté de la bouche, assez pour pouvoir bien la sa
une pince à anneau ; je dégage ensuite le porte-aig
plutôt je lui fais abandonner l'aiguille, sur laqu
s'agit que d'exercer une légère traction pour la
au dehors, et engager dans l'ouverture qu'elle
faire le fil dont elle est garnie. La même mano
répétée de la même manière autant de fois qu'i
bouts de fil à faire pénétrer : trois fois, ou deux
chaque côté, selon qu'on a décidé de placer trois
ou deux seulement. Après que les deux bouts d
fil sont engagés, on les réunit provisoirement, h
bouche, par un nœud bouclé, jusqu'au momen
devra s'en servir pour rapprocher les parties qu'
brassent. Ne voyez-vous pas d'ailleurs, que sans
caution, il pourrait arriver que, si par mégarde,

ution, ou par quelque autre circonstance fortuite, l'un des uts était soumis à une traction un peu forte, tout le fil andonnât les ouvertures faites au voile du palais, et l'il fallût ainsi l'y réintroduire ?

Deuxième temps. Vient ensuite l'avivement des bords de division. Je le fais toujours de bas en haut, c'est-à-dire ie je commence vers le bord libre du voile du palais sur petite portion de la luette qui fait mamelon, et que je terine du côté de la voûte palatine. Je me sers d'abord de seaux coudés à angle obtus, qui ont cela seulement de rticulier, que les branches en sont un peu longues, et ie les lames, au contraire, en sont courtes, en même mps qu'elles sont droites et minces ; j'emploie ensuite a bistouri droit boutonné. A partir du milieu de la hauteur a voile du palais, ce dernier instrument est le seul qu'on iisse faire marcher. Pendant qu'on le fait agir, en lui imrimant des mouvements d'allée et de venue, il faut veiller ne pas entamer les fils qui font des anses en arrière. On vite ce contre-temps autant que possible en abaissant ces ises sous le dos de la lame du bistouri. De chaque ôté j'étends l'incision jusqu'un peu au-dessus de l'angle e réunion des bords de la fente ; indépendamment de uoi, j'enlève le premier lambeau aussitôt qu'il est terniné, ou bien je le laisse momentanément attaché par son ommet, pour réunir la seconde incision à la première, t enlever les deux lambeaux en même temps. On ne peut iire bien agir et les ciseaux et le bistouri boutonné avec la iain droite que pour tailler le lambeau du côté gauche. lesoin est de tailler celui du côté droit avec la main oppoée. Soit pendant qu'on agit pour former chacun des deux

plus convenable, mais que je ne puis exprimer par des mots. Je ne puis dire autre chose, sinon qu'il faut que les ligatures ne soient ni trop, ni trop peu serrées. Si les nœuds étaient trop lâches, la coaptation ne serait point assez immédiate entre les surfaces sanglantes dont on veut obtenir la réunion; et par une constriction trop forte, il pourrait y avoir très promptement division des parties si minces, si molles, qui sont embrassées dans les points de suture. Il y a à faire avec chaque ligature deux nœuds simples l'un sur l'autre : c'est le premier qu'il s'agit de ne serrer ni trop, ni trop peu; le second, comme dans toutes les circonstances où l'on use de cette manière de faire agir un fil, une ligature, un lacs, un lien quelconque, n'est destiné qu'à empêcher le premier de se relâcher. Ainsi donc, avec les bouts de chaque ligature, je forme un premier nœud simple que je fais parvenir jusque sur le voile du palais; puis je serre en me servant de mes deux indicateurs, portés profondément dans la bouche, comme de deux petites poulies, jusqu'à ce que les bords de la division soient exactement appliqués l'un contre l'autre. A ce moment, un aide, et j'aime qu'il soit un peu habitué à cette assistance, saisit ce nœud avec une pince à anneaux; je me hâte ensuite de faire le second nœud. Aussitôt que celui-ci touche à l'extrémité de la pince, l'aide abandonne le premier, retire l'instrument, et il ne me reste plus qu'à serrer ce second nœud aussi fortement que possible. Les trois ligatures étant nouées, il est inutile d'en conserver les bouts dans l'intérieur de la bouche : on les coupe immédiatement au-devant des nœuds.

L'opération est terminée. Alors doit commencer une

tion doit être suspendue, ou bien la retirer après chaque introduction d'un liquide alimentaire. Deux fois seulement, je veux dire chez deux personnes, après deux opérations, j'ai eu recours à ce moyen; et malheureusement l'opération n'a point réussi dans ces deux cas. Je n'ai pas eu la certitude que cela ait dépendu de ce qui avait été fait pour prévenir les effets d'une abstinence complète; mais j'en suis resté à ces deux essais. Dans la crainte de provoquer des mouvements involontaires du voile du palais, peut-être faudrait-il habituer les organes à l'introduction souvent répétée de la sonde, ou à sa présence à demeure, pendant plusieurs jours avant l'opération.

Je ne laisse jamais les ligatures en place plus de quatre jours. Quelquefois même j'enlève celle d'en haut et celle du milieu à la fin du troisième jour; et c'est l'inférieure seulement que je laisse jusqu'au commencement du cinquième. Pour cet enlèvement des ligatures, on saisit avec une pince à anneaux les deux petits bouts de chaque fil qui ont été conservés en deçà du nœud, ou le nœud lui-même; on coupe le fil sur l'un des côtés, à droite ou à gauche, avec des ciseaux à pointes mousses : aussitôt il cède à la plus légère traction, et abandonne les ouvertures dans lesquelles il était engagé. Toujours, immédiatement avant cet acte final de l'opération, je romps le jeûne auquel le malade avait été assujetti jusqu'alors : je lui permets de prendre un potage, ce qu'il doit faire en avalant chaque cuillerée lentement, et avec précaution. Quand le dernier fil est enlevé, il faut encore vingt-quatre heures au moins d'une nouvelle abstinence : et pendant ce temps, où, tout lien artificiel étant détruit, les deux par-

VIII.

Plus haut, et tout en insistant avec vous, mon cher ami, sur les difficultés auxquelles il faut s'attendre en pratiquant la staphyloraphie, et tout en disant combien les détails en sont minutieux, je l'ai décrite comme si elle devait toujours être terminée heureusement, tout au moins sans incidents fâcheux d'aucune sorte. Mais il ne peut guère en être ainsi d'une opération aussi délicate, qu'on pratique sur des parties aussi peu accessibles aux instruments. Et, en effet, l'exécution en est bien souvent marquée par de graves imperfections, qu'il faut réparer, par des contre-temps auxquels il faut obvier. Permettez-moi de vous indiquer les principaux.

En donnant chaque coup d'aiguille d'arrière en avant pour engager chacun des fils, on ne tombe pas toujours bien juste sur le point le plus convenable : on voit paraître la pointe, ou trop près, ou trop loin des bords de la division. C'est la première faute qu'on commet bien plus souvent que la seconde; et c'est celle-là surtout qu'on ne peut pas ne pas réparer. Ou bien encore l'ouverture paraît bien faite en avant; mais en arrière elle n'est point assez éloignée du bord; le voile du palais, sans doute parce qu'il s'est fortement rétracté au moment où la pointe de l'aiguille en touchait le côté postérieur, a été transpercé obliquement: le mieux est qu'il le soit perpendiculairement à son épaisseur. Dans l'un et dans l'autre cas, il faut retirer l'aiguille dont la pointe faisait seulement encore saillie en avant, et la faire agir d'une manière plus parfaite.

On peut avoir aussi à recommencer la même manœuvre,

de nouveau avec la pince le bord de la division, là où le lambeau a été terminé prématurément ; après quoi l'on poursuit l'œuvre qui avait été commencée ; c'est une excision faite en deux temps.

Un seul incident remarquable peut rendre l'opération fort imparfaite en ce qui concerne la formation des nœuds de ligatures. Je l'ai dit, il y a à faire deux nœuds simples l'un sur l'autre pour chacune de celles-ci. Eh bien, il peut arriver que l'anneau représenté par le fil soit trop lâche ; ou parce que le premier nœud n'a point été assez serré ; ou parce que, sans qu'on s'en soit aperçu, il s'est relâché avant la formation du second. Il y a donc de cette manière, et au niveau de la ligature, coaptation inexacte entre les parties dont on veut obtenir la réunion. Elles ne sont point assez pressées l'une contre l'autre. Il semble qu'en cette occurrence il n'y ait qu'un parti à prendre, c'est de couper la ligature d'un côté près du nœud, de la retirer, et d'en placer une autre, en un mot de refaire complétement le point de suture manqué. Cela est facile quand c'est le fil inférieur qui doit être remplacé ; cela est praticable encore, mais plus difficile pour chacun des deux autres, à cause du rapprochement opéré entre les bords de la division par les deux autres ligatures, si tous les nœuds sont déjà formés.

Si l'on pouvait prévoir l'incident dont il s'agit, il y aurait quelque avantage à faire les nœuds des ligatures successivement de haut en bas, plutôt que de bas en haut. Mais voici une ressource dont j'ai usé deux fois ; j'ai conservé les deux bouts de la ligature dont le nœud n'était point assez serré ; je les ai tordus jusqu'à ce qu'il m'ait paru que,

dont l'une entraînait l'autre, s'effectua sans difficulté.

Après une staphyloraphie, et jusqu'au jour où l'on doit ôter les points de suture et retirer les ligatures, tout est livré aux seules forces de la nature. Il y a bien à prescrire au patient moins ce qu'il a à faire que ce qu'il doit ne pas faire; il y a bien à le surveiller pour certaines précautions qui dépendent de lui, et sans lesquelles la nature accomplirait mal son œuvre, ou ne l'accomplirait pas du tout. Mais il n'est pas au pouvoir de l'art de limiter, et le degré d'intensité, et le caractère de l'inflammation qui doit s'emparer du voile du palais. Il faut qu'elle soit suffisamment intense et simplement adhésive; et quand il en est ainsi, l'opération est suivie de succès, si le malade ne commet aucune imprudence. Mais que de chances n'y a-t-il pas pour que cette inflammation soit ou trop faible ou trop intense; pour qu'elle devienne très promptement ulcérative, là surtout où il y a étranglement ou constriction des parties par les fils; et pour que ceux-ci deviennent bientôt trop lâches, ou pour que les parties qu'ils embrassent soient coupées prématurément! Qu'on joigne à cela certaines actions qu'on ne peut pas toujours ni prévoir, ni prévenir, desquelles peut résulter une impulsion violente communiquée au voile du palais, telles qu'un rire excessif, un violent éternument, des quintes de toux, etc., et l'on aura à peu près les causes possibles du non-succès de l'opération.

La non-réussite dépend bien souvent aussi d'un caractère tout particulier que l'inflammation du voile du palais est susceptible de revêtir, et que j'ai observé dans un assez grand nombre de cas. Le voile du palais ne paraît

J'ai bien perdu un troisième sujet; mais chez celui-ci l'opération n'a pas été la cause déterminante de la mort; elle a seulement hâté, je l'ai cru du moins, le développement d'une phthisie pulmonaire très aiguë.

Quelle opération fut jamais créée avec toute la perfection qu'elle comporte? Et de toutes celles que la chirurgie a instituées, et qu'elle met chaque jour en pratique, en est-il une qui soit restée ce qu'elle était d'abord, qui n'ait subi des modifications de telle sorte ou de telle autre? Et comment pourrait-il en être autrement? L'amour des changements, le penchant à innover, le désir de faire chaque chose autrement qu'elle n'a été faite par d'autres, en un mot de s'éloigner des routes frayées, alors même que ce ne sera pas réellement une perfection, n'est-ce pas un des plus pressants besoins de notre esprit, un de nos penchants les plus invincibles? Aussi n'ai-je jamais eu l'orgueil de croire que la staphyloraphie étant acceptée, et prenant rang parmi les opérations méthodiques de la chirurgie, on ne changerait rien au procédé auquel je m'étais arrêté en la créant. C'est beaucoup assurément qu'il ait été adopté par le plus grand nombre de chirurgiens, et qu'après plus de trente ans écoulés depuis que l'opération principale a pris naissance, il soit aussi généralement en faveur. Je ne puis pas ne pas être flatté d'une telle disposition des esprits; mais cela ne va pas jusqu'à me faire dédaigner les tentatives auxquelles on s'est livré dans le but de rendre la suture du voile du palais, sinon d'un succès plus assuré, au moins d'une exécution plus facile et plus prompte. Pourquoi faut-il que je ne puisse approuver aucune des innovations qu'elles ont fait naître!

tiche de le terminer avec des ciseaux, ou que l'ayant commencé avec un instrument de cette sorte, on le continue jusqu'en haut avec un bistouri boutonné. On a parlé d'y procéder d'une manière opposée, c'est-à-dire de haut en bas, au moyen d'un bistouri à lame étroite et à pointe aiguë, qui est plongé au-dessus de l'angle supérieur de la division : on le fait agir à peu près comme on fait dans l'opération du bec-de-lièvre quand on veut substituer le bistouri aux ciseaux pour retrancher une portion de chacune des deux parties de la lèvre. Mais ce qui pourrait être assez facile du côté gauche, si l'on commençait de ce côté, présenterait quelques difficultés du côté opposé; et réciproquement, pour l'un comme pour l'autre côté, je craindrais que les mouvements du bistouri ne s'accommodassent pas bien à ceux du voile du palais. Je craindrais aussi qu'on ne pût pas suivre aussi bien qu'on le fait avec un bistouri boutonné, manœuvrant de bas en haut, la courbe que forme très souvent le bord à exciser. Je reproche à presque tous ceux qui ont entrepris, par des innovations de telle sorte ou de telle autre, de simplifier l'opération dont il s'agit, d'avoir trop perdu de vue l'exquise sensibilité, la mobilité extrême des parties sur lesquelles il faut agir, et la facilité avec laquelle elles échappent à l'action des instruments : on s'est représenté ces mêmes parties telles qu'elles sont quand on simule l'opération sur un cadavre; et je ne comprends pas qu'on ait eu la prétention d'arriver un peu plus promptement au but, au risque de faire moins bien.

La staphyloraphie n'est point une de ces opérations cruelles dans lesquelles il faille s'attacher à ménager les

me certaine précision, je ne sais pas si j'oserais en faire usage. Je crains toujours, dans la pratique des opérations, les manœuvres qui tiennent trop du jeu des machines ; je redoute les actions brusques, soudaines, ou celles qui ne sont pas dirigées autant et aussi immédiatement que possible par les yeux et la main du chirurgien; celles aussi qui ne peuvent pas être, au gré de celui-ci, accélérées, ralenties, ou suspendues. Quand de telles manœuvres sont seules applicables, je sais subir, comme d'autres, la loi de la nécessité; mais, partout où des actions simples peuvent suffire, c'est de ce côté que sont mes prédilections. J'aime que l'intelligence, l'adresse, le coup d'œil, aient la plus grande part dans les actes de la chirurgie : c'est ainsi que la chirurgie est belle ; c'est ainsi que l'ai toujours comprise ; je me suis toujours méfié des instruments trop compliqués, voire même des instruments nouveaux pour des choses déjà faites ; et je n'en ai jamais imaginé.

A mon sens, on n'a pas été plus heureux dans les modifications qui ont été faites à la manière de placer les ligatures. Sans doute, tel que je l'ai décrit, ce temps de l'opération a ses difficultés. Bien souvent ce n'est qu'après plusieurs tentatives inutiles qu'on parvient à donner convenablement chaque coup d'aiguille. Je le sais, on ne voit pas le côté postérieur du voile du palais, ni conséquemment les points sur lesquels l'instrument doit agir en entrant ; à peine même l'œil peut-il en diriger la sortie; et c'est [illegible]rfant le bout d'un doigt sur la face antérieure du [illegible] palais, qu'on distingue si l'aiguille a pénétré [illegible] si elle sort en avant sur des points con[illegible]endant, à moins de circonstances extraor-

LETTRE NEUVIÈME.

J'avais terminé ma dernière lettre, mon cher Lawrence, et j'allais commencer celle-ci, qui sera ma lettre finale sur la staphyloraphie, lorsque mon attention a été appelée sur une manière de pratiquer cette opération, sinon nouvelle à tous égards, du moins assez particulière sous certains points de vue. C'est M. Sédillot, de Strasbourg, qui l'a fait connaître dans une communication à notre Académie des sciences ; mais peut-être appartient-elle à M. Fergusson, de Londres. Selon M. Sédillot, ce procédé nouveau doit procurer des succès plus nombreux que ceux que j'ai pu obtenir; ce serait presque une révolution dans les résultats de l'opération dont il s'agit. Je désire bien vivement que cette révolution s'accomplisse, et je ne serai jamais jaloux de ce qui sera perfectionnement réel, dût-on en venir à abandonner complétement, non pas l'opération que j'ai créée, mais le mode d'exécution que j'ai introduit dans la pratique, et que tant de chirurgiens ont adopté. Mais les modifications proposées par mon honorable ami, M. Sédillot, sont-elles aussi avantageuses, aussi fécondes en bons résultats qu'il l'a prétendu? Je suis encore dans le doute à cet égard, et je ne crains pas de reproduire ici en d'autres termes les remarques critiques que j'ai faites à l'époque où M. Sédillot transmit ses premières vues à l'Académie des sciences. (*Comptes rendus des séances*, juin, 1850.)

du périnée, pour assurer le succès de la périnéoplastie. D'un autre côté, un chirurgien anglais dont j'ai déjà inscrit le nom, M. Fergusson, a conçu, en même temps que M. Sédillot, la pensée d'ajouter aux chances de succès de la staphyloraphie, en pratiquant la section de tous les muscles moteurs du voile du palais. En 1851, lors de l'exposition universelle à Londres, où je faisais partie de la commission française pour le jury international, je vis M. Fergusson, qui me montra une très jolie préparation du voile du palais, propre, suivant lui, à faire mieux comprendre et le caractère et les résultats probables de son procédé pour la staphyloraphie. Peu s'en fallut que je ne le lui visse mettre en pratique pendant mon séjour à Londres. Il devait l'exécuter sur une jeune demoiselle : j'y avais été convié; mais des raisons particulières firent remettre l'opération jusqu'à une époque où j'avais déjà quitté Londres. Du reste, il est facile de concevoir et je conçois très bien comment agissent et M. Fergusson et M. Sédillot : je ne pense pas que je fusse embarrassé pour les imiter; ce sont mes doutes sur l'excellence des résultats qui m'ont retenu jusqu'à ce jour.

Il ne me reste plus qu'à m'expliquer avec vous, mon cher ami, sur les résultats de la suture du voile du palais, tels au moins que je les ai obtenus. Par là je n'entends pas les bienfaits que cette opération procure quand elle réussit : ces bienfaits, je les ai indiqués. Par résultats, dont j'ai à vous présenter un tableau général, j'entends dire les événements heureux ou malheureux dont elle peut être suivie, soit qu'ainsi que cela est bien rare, elle

ible que la maladie devait éclore au moment où je fus onduit à pratiquer l'opération, et que celle-ci a tout au lus hâté l'apparition des premiers symptômes.

Observation. — Voici le fait : c'est le dernier des trois cas alheureux que j'ai à vous raconter. Le sujet était une jeune emoiselle, fille de lord Ydhurst, l'un des membres les plus istingués du parlement anglais. Elle avait seize ans ; elle était ort développée pour son âge, mais grande et mince ; à part ela, rien dans les traits apparents de sa constitution, dans son abitude extérieure, n'annonçait une prédisposition particuière à la phthisie pulmonaire. Lorsqu'elle me fut présentée ar son père, c'était il y a quinze ans, en 1838, je ne pris ucun renseignement sur les circonstances antérieures de sa ie ; il n'y avait pas de raisons pour que je m'en préoccupasse. ette jeune personne avait une division congénitale du voile du alais ; elle désirait vivement être délivrée de son vice de onformation. L'opération devait être simple, et malgré ce ue je savais de la perturbation légère que la staphyloraphie ccasionne dans toute l'économie, moins par elle-même qu'à ause de l'abstinence imposée aux malades pendant plusieurs ours, je ne devais ni craindre ni prévoir l'invasion prohaine d'une maladie, que je n'avais jamais vue se déclarer romptement après l'opération dont il s'agit. Mais, au début es accidents, j'appris que la mère de cette jeune personne vait succombé à une phthisie pulmonaire ; qu'une de ses eurs était morte de la même maladie ; et qu'elle-même en ivait déjà ressenti les atteintes, ou que du moins, étant plus eune, elle avait éprouvé une affection aiguë de la poitrine dont lle s'était rétablie difficilement.

J'étais donc dans une sécurité profonde lorsque j'eus à lui ratiquer l'opération pour laquelle elle avait été amenée de ondres à Paris. C'était ma quatre-vingt-troisième suture du oile du palais : tout se passa de la manière la plus heureuse. 'ai fait peu de staphyloraphies qui aient été aussi simples, et

ıvais déjà pratiquée cinquante fois ; celle de cette fille était ı cinquante-et-unième. Le cas qui l'avait nécessitée était ıe fissure congénitale du voile du palais des plus simples, et pération elle-même n'avait présenté ni difficultés insolites, circonstances extraordinaires. Je devais ou jamais en atıdre un heureux résultat. Il était ardemment désiré par la tiente qui, abstraction faite de la division du voile du palais, ıit douée de beaucoup d'agréments physiques, et que la ture avait ainsi à la fois bien et mal dotée.

Jusqu'au jour où j'enlevai les points de suture, aucun symıme grave ne s'était manifesté; les suites de l'opération avaient paru simples, n'était cependant que l'inflammation ı voile du palais semblait avoir dépassé le degré strictement cessaire pour l'adhésion, en même temps qu'il y avait eu oduction de la matière visqueuse dont j'ai assigné précédemıt les caractères. Mais à peine avais-je retiré les fils, que les ux parties du voile du palais se désunirent, ou plutôt se séparent l'une de l'autre, car il n'y avait point eu de réunion proement dite. Bientôt se déclara une douleur vive dans le ırynx ; puis la déglutition des liquides devint très pénible et respiration gênée. La malade fut prise d'une fièvre violente ; s le lendemain la respiration fut beaucoup plus embarrassée, y eut de la toux sans expectoration ; l'oppression alla touurs en augmentant, malgré deux ou trois saignées copieuses le traitement révulsif le plus énergique ; et la mort termina tte complication si imprévue, vers le milieu du huitième jour rès l'opération. A l'ouverture du corps de cette malheureuse ıne fille, je trouvai, sans fausse membrane aucune, toute la uqueuse pulmonaire congestionnée à un très haut degré, ésentant les traces de l'inflammation la plus violente jusque ıns les dernières divisions des bronches.

Observation. — Trois jeunes Irlandais se nommaient ımble ; ils étaient de Cork. Des deux qui ont survécu l'un est roué et avocat ; l'autre est devenu chirurgien de marine et est

de leur faire partager l'espérance que j'avais du succès de l'opération. C'est après celle-ci faite, et lorsque l'orage commença à éclater, que je fus instruit des circonstances suivantes. Averti plus tôt, peut-être aurais-je trouvé quelque prétexte pour remettre à d'autres temps une opération qui n'avait rien d'urgent.

Leur père était mort à la suite d'une opération de peu d'importance. Depuis ce malheur, qui datait déjà de plusieurs années, leur mère avait renoncé au désir de voir son plus jeune fils délivré de l'infirmité qu'il avait apportée en naissant ; elle avait déclaré qu'aussi longtemps que prévaudrait son autorité de mère, elle s'opposerait à ce qu'il lui fût fait aucune opération. C'était donc à l'insu de leur mère, ou du moins en lui cachant le véritable but de leur voyage, et en voulant lui ménager le plaisir d'une surprise, si leurs vœux étaient satisfaits, qu'ils s'étaient rendus à Londres, et que de Londres ils étaient venus à Paris. Mais, élevés dans les principes les plus austères, et pleins des sentiments du respect filial, ils éprouvaient le chagrin d'avoir agi contrairement aux désirs d'une mère qui leur était toute dévouée, et d'avoir en quelque sorte bravé ses appréhensions, en même temps que l'événement si malheureux qui les avait causées se représentait continuellement à leur esprit. Puis, par une étrange fatalité, et comme s'ils avaient pu être avertis par le destin, plusieurs incidents se succédèrent pour eux à Londres, pendant leur voyage de Londres à Paris, et à Paris même; tous nés du hasard, mais bien propres à augmenter le trouble d'une imagination déjà péniblement préoccupée et à fortifier de fâcheux pressentiments. Ainsi, à Londres, ils eurent à visiter un ami de leur famille, acteur tragique très distingué; ils ne purent le rencontrer qu'au théâtre, un soir qu'il remplissait le rôle d'Hamlet, et le virent dans un moment où, sur le point d'entrer en scène, il tenait à sa main l'urne renfermant les cendres de son père. — Manquant de cartes pour quelques visites qu'ils avaient à faire, ils veulent en emprunter à un ami : les seules qu'il puisse leur

le sang coule assez abondamment, parce que les artères qui vont se distribuer au voile du palais ont été coupées assez près de leur origine. Une partie même de ce sang est rendu par les narines. Toutefois cette petite hémorrhagie cesse bientôt d'elle-même, ou avec le secours de lotions d'eau froide dans la bouche. Jamais je n'ai été obligé de recourir à des moyens hémostatiques proprement dits ; et une ou deux fois seulement j'ai vu une hémorrhagie un peu sérieuse, au moins eu égard à la localité et au petit calibre des vaisseaux qui avaient été divisés, se déclarer consécutivement à l'opération, c'est-à-dire le lendemain et le surlendemain. Autant que je le puis, je ne commence à nouer les fils, c'est-à-dire à compléter chacun des points de suture, que lorsque l'écoulement du sang est arrêté ; et cela en essuyant bien et à plusieurs reprises les surfaces avec une petite éponge portée à l'aide d'une longue pince ordinaire dans le fond de la bouche. J'empêche ainsi la formation et le séjour de petits caillots de sang entre les parties qui vont être rapprochées, et entre lesquelles il s'agit d'établir un contact immédiat. Ici, comme dans l'opération pour les cas simples, je noue en premier lieu le fil d'en bas, puis successivement les deux autres, sans répugner absolument à commencer par celui d'en haut. Mais quand vient enfin le moment de couper et de retirer les fils, si je dois en retirer deux seulement d'abord vers la fin du quatrième jour pour laisser l'autre en place vingt-quatre heures de plus, c'est le fil d'en haut que je conserve momentanément. C'est le nœud inférieur, au contraire, que je détruis en dernier lieu après l'opération pratiquée dans les cas simples. Ici, en effet, c'est en bas que se

'obtient souvent de prime abord ; et n'était que la luette st un peu courte, ou paraît manquer, le voile du palais a epris sa forme et sa manière d'être normales.

Cependant un temps plus ou moins long se passe avant ue les fonctions ou les actes dévolus à cette partie par la ature s'accomplissent avec toute la perfection désirable : 'est surtout le timbre de la voix et le caractère de la prononciation qui, bien qu'ils éprouvent soudain un grand hangement, tardent un peu néanmoins à se perfectionner. e voile du palais est alors comme un organe nouveau ui doit subir une sorte d'éducation ; l'individu auquel on 'a restitué doit perdre d'anciennes accoutumances et en ontracter de nouvelles. Il y a demi-succès quand s'est faite ne réunion partielle des deux moitiés du voile du palais, oit en haut ou en bas, ou au milieu. Cette réunion peut tre un acheminement à une transformation plus complète u voile du palais, le travail adhésif commencé ayant une rande tendance à faire des progrès ultérieurs, auxquels n peut aider par de légères cautérisations des bords e la solution de continuité. D'ailleurs il y a très souvent ossibilité de parachever l'opération première, ou de compléter la guérison par une opération nouvelle de peu d'importance, et sur laquelle on peut surtout compter quand la réunion s'est faite primitivement dans une certaine étendue. Mieux vaut aussi que cette réunion ait eu lieu en haut ou en bas, c'est-à-dire dans la moitié supérieure ou dans la moitié inférieure du voile du palais, que dans la partie moyenne seulement. Dans les deux premiers cas, en effet, une opération autre doit suffire, tandis qu'il peut y avoir nécessité de deux opérations

insolite et offrant un intérêt spécial. C'est ainsi que j'ai relaté avec quelques détails les faits que je possède concernant toutes les applications de la staphyloraphie aux solutions de continuité de la voûte palatine ou du voile du palais autres que les divisions congéniales. C'est ainsi que vous connaissez particulièrement les cas si malheureux, heureusement en petit nombre, dans lesquels j'ai vu cette opération causer la mort des sujets que j'y avais soumis. Mais vous ne supporteriez pas le récit de cent vingt faits environ relatifs seulement à l'opération pratiquée pour des divisions congéniales, offrant entre eux sinon une complète uniformité, du moins la plus grande analogie. Ces faits ne diffèrent essentiellement les uns des autres que par le résultat de chacun d'eux, puis, sous ce rapport, que dans les uns il s'agissait de diastématostaphylies simples, et dans d'autres de divisions du voile du palais avec fissure de la voûte palatine. J'ai exécuté cent vingt fois, ai-je dit, la suture du voile du palais pour des divisions *congéniales;* et si j'ajoute à cette première grande catégorie les autres cas divers dans lesquels j'ai eu à appliquer ou la staphyloraphie proprement dite, ou quelque autre procédé opératoire dont elle était la souche, ou qui en était une imitation, j'atteins le chiffre total de cent quarante faits qui ont servi de base au travail que je vous adresse.

Je veux donc vous épargner un ennui, et me borner à vous faire connaître les résultats généraux de ceux de ces faits qui ont rapport aux divisions congénitales du voile du palais. Comme préliminaires, toutefois, permettez-moi de faire un résumé succinct des autres, et de les faire entrer

sur vingt-six de ces cinquante et un individus : c'est donc dans la moitié des cas plus un. Avant d'avoir été à même de faire ce relevé, je n'aurais pas osé compter ici sur un tel rapport entre les succès et les revers. Il y a lieu d'en être satisfait en effet, lorsqu'on songe que l'intervalle qui sépare les deux parties du voile du palais est, généralement au moins, plus considérable que dans la diastématostaphylie simple, et que, pour rendre une réussite possible, il y a nécessité d'ajouter à l'opération principale la séparation du palais mou et du palais solide. Vous rappellerai-je, mon cher Lawrence, pour clore ici ma lettre, que, pour cette catégorie de cas, il ne faut entendre par succès ou résultat favorable, que la seule réunion du voile du palais ? Après cette réunion obtenue, et toujours encore est-elle incomplète, des phénomènes particuliers doivent bientôt s'accomplir par les seuls efforts de la nature. Il doit y avoir rapprochement spontané des deux parties de la voûte palatine; après quoi, si une ouverture subsiste encore, faisant communiquer la bouche avec les narines, la chirurgie peut avoir à intervenir de nouveau autrement qu'elle ne l'avait fait d'abord : il y a à tenter l'occlusion définitive de cette ouverture au moyen d'une palatoplastie, ou bien à la tenir simplement fermée par un obturateur.

C'est avec satisfaction, mon cher ami, que j'arrive au terme de ce long travail sur la staphyloraphie, et sur les lésions qui la réclament. Il m'en coûte toujours d'avoir à traiter un sujet dont je me suis déjà occupé, alors même que j'ai à mettre en œuvre de nouveaux faits, et que je puis me croire instruit par une plus grande expérience. Ma pensée n'est jamais plus libre et

LETTRE DIXIÈME.

DIVISIONS DU PÉRINÉE CHEZ LA FEMME : PÉRINÉORAPHIE.

Je vous en prévenais, je crois, dans ma dernière lettre, mon cher Lawrence, c'est de la restauration du périnée chez la femme qu'il va être question dans celle-ci. J'y suis mené par l'enchaînement ou la succession naturelle des premiers sujets de notre correspondance. Mais il me tardait aussi de vous transmettre le résultat de mes nouvelles méditations et de mon expérience sur un point dont je me suis déjà occupé, et que je crois avoir traité avec quelque bonheur. En effet, après onze ans et plus écoulés depuis la publication de mes premières et heureuses tentatives pour rétablir la vulve et l'anus dans leur intégrité naturelle, lors des déchirures si fréquentes du périnée chez la femme, il est bien temps que je reprenne ce travail pour lui donner, s'il se peut, une plus grande perfection.

Mon Mémoire sur ce sujet, inséré dans le tome V des *Mémoires des savants étrangers* que publie notre Académie des sciences, composé à la hâte, quelques années auparavant, pour une circonstance toute particulière, et alors que je n'avais encore expérimenté qu'un assez petit nombre de fois le procédé que j'y préconise pour la suture du périnée, n'est pour moi maintenant, ou en quelque sorte qu'une première ébauche. Besoin est de l'étendre,

taines questions générales, des faits groupés ou réunis en grand nombre?

Mais, de quelle manière dois-je m'y prendre pour atteindre le but que je me suis proposé? Faut-il que je fasse table rase, et dois-je considérer mon premier travail comme non avenu? Faut-il le démolir, en dissocier les éléments, puis fondre ces premiers éléments avec les autres matériaux que je possède, et du tout composer un travail nouveau, tout différent de l'autre, sinon quant au fond, du moins quant à la forme? Ou bien, dois-je laisser mon Mémoire primitif dans toute son intégrité, et me borner à remplir, par des annotations, les lacunes qu'il me paraît présenter, et à le compléter par le récit des faits nouveaux que j'ai eu à observer? Avant de commencer ma lettre, et au moment encore où j'en traçais les premières lignes, c'est le premier parti qui me souriait le plus, et je m'y étais presque complétement arrêté. Mais je n'avais pas relu, depuis longtemps, le travail dont il s'agit; j'en avais presque perdu de vue l'ordonnance générale; maintenant que je l'ai sous les yeux, il me semble qu'il y aura, au contraire, quelque avantage à vous le communiquer ou à le produire avec son caractère primitif, pour y rattacher ensuite les additions et les changements qu'il comporte. Ainsi, j'échapperai au dégoût, à l'ennui, à la fatigue, que dis-je? à cette demi-impuissance de notre esprit quand l'obligation lui est imposée de traiter itérativement un sujet dont il s'est déjà occupé une première fois. Puis, il ne vous déplaira pas, sans doute, de savoir quelles ont été mes premières vues, mes premières pensées, sur la restauration du périnée, et

de dix-huit à vingt lignes, sépare l'anus de l'entrée du vagin. Ce pont, qui soutient les organes au-dessous desquels il est situé, et qui limite en arrière les formes propres de la vulve, c'est le *périnée :* seule partie qui fasse résistance à l'extérieur dans l'acte de l'accouchement, et qui, susceptible toutefois d'une grande extension, peut s'élargir, se distendre, et prêter assez pour que, généralement, l'expulsion du fœtus s'accomplisse sans désordre aucun, sans autre circonstance que l'ampliation momentanée de la vulve.

Mais le périnée n'a pas, à beaucoup près, les mêmes dimensions chez toutes les femmes, j'entends dire la même étendue d'arrière en avant; que dis-je? et ce qui est bien plus remarquable, il n'a pas non plus exactement la même situation, relativement à l'axe du détroit inférieur du bassin. Toutefois, pour bien connaître et pour bien étudier les variétés qu'il peut présenter sous ce double rapport, il faut observer des femmes qui, bien qu'elles aient déjà connu les plaisirs de l'amour, n'ont point encore eu d'enfants, ou, ce qui est mieux encore, des femmes jeunes et vierges; car, déjà, le périnée perd quelque chose de son étendue, et il est, à un faible degré sans doute, mais réellement repoussé d'avant en arrière, par le seul fait de la copulation, quand cet acte a été répété un grand nombre de fois. Il n'y a pas lieu toutefois d'être surpris des quelques anomalies, ou des variétés de conformation que peut présenter le périnée, et qu'on remarque jusque dans les parties extérieures de la génération chez la femme, en dehors des conformations vicieuses proprement dites. Tous nos organes n'en présentent-ils pas? En est-il un seul,

entrales, ces perforations qu'on a vues, dans quelques cas rop bien décrits pour être révoqués en doute, livrer passage à l'enfant, l'anus et la commissure postérieure de la ulve conservant une intégrité presque parfaite. Bien entendu que l'influence d'une telle situation presque anormale du périnée, considérée comme prédisposition à telle u telle sorte de déchirure de cette partie, peut et doit tre augmentée par l'étroitesse de la vulve, par la rigiité du périnée lui-même, ou bien, au contraire, par la trop ible résistance des tissus qui entrent dans la composition ce dernier; et peut-être aussi, par certaines anomalies conformation du bassin, dont on n'a pas encore bien lculé les résultats à cet égard. Il va sans dire aussi que, ême réunies, toutes ces circonstances seraient probableent sans effet, si la tête du fœtus n'avait qu'un médiocre lume au moment de la naissance. Ainsi, on peut ablir qu'avec ou sans anomalie dans la disposition des rties molles, ou du bassin, la déchirure du périnée t rendue plus facile par le volume considérable de la te de l'enfant; et c'est parce que, lors de l'application forceps, il y a augmentation du volume de la partie qui it franchir la vulve, que tant de fois la déchirure du rinée a eu lieu chez des femmes dont la délivrance avait cessité l'emploi de ce moyen.

D'autres variétés de conformation, d'autres anomalies, ns la manière d'être du périnée, portent seulement, ous ai-je dit, sur ses dimensions d'avant en arrière. 'est chose bien certaine que l'intervalle qui sépare l'anus e la vulve n'a pas la même étendue chez toutes les femmes; il est fort étroit chez certaines, et chez quelques

conformation qui ont entre elles la plus grande analogie, reconnaissent à peu près la même origine, et proviennent, comme on le sait, dans le plus grand nombre des cas, d'un arrêt de développement.

L'hypothèse des arrêts de développement, et la loi anatomique dont elle n'est qu'une conséquence, ou dont elle émane, l'une et l'autre si ingénieusement conçues, si brillamment développées par Meckel, et qui ont joui d'une si grande faveur en Allemagne, sont devenues l'objet d'une grande controverse dans ces derniers temps. Au moment où j'écris elles sont moins généralement admises qu'elles ne l'étaient il y a quelque vingt ou vingt-cinq ans. Peut-être même comptent-elles maintenant plus d'opposants que de défenseurs. Je me garderai bien de prendre parti pour l'une ou pour l'autre des deux opinions qui sont en présence, du moins quant à présent. Qu'importe, en effet, pour le sujet qui m'occupe ici, de quel côté soit la vérité? Il suffit que j'établisse, ou il me suffit d'énoncer ce fait remarquable, que le périnée reste étranger ou réfractaire à la cause quelconque qui produit les divisions congéniales que tant de parties différentes du corps sont susceptibles de présenter, divisions qui ont leur siége sur la ligne médiane. Le périnée est quelquefois modifié dans sa forme, par le fait d'autres conformations vicieuses de tout l'appareil extérieur de la génération; mais il ne manque jamais.

III La division du périnée chez la femme est donc toujours le résultat d'un accident; toujours elle est l'effet d'une violence physique exercée sur cette partie. De

ı adjacentes : avec les meilleures dispositions de ces
ı, une rupture peut advenir, parce que la tête de
ıt est très volumineuse ; parce que le travail s'ef-
avec trop de promptitude, surtout s'il s'agit d'une
ère parturition ; parce que ce travail aura été mal
, mal conduit ; ou bien encore, s'il a fallu en venir à
cation du forceps, parce que cette application n'a pas
te avec l'art et les précautions convenables. Toute-
l'autres circonstances peuvent aussi donner lieu à
ɛstruction complète ou incomplète du périnée chez la
ɛ ; telle une blessure causée par accident, bien que
ion occupée par les parties extérieures de la géné-
et les régions circonvoisines soient peu exposées à
e des corps extérieurs ; telle encore une ulcération
éneuse, ou une gangrène proprement dite, comme
développe ailleurs, et sous l'influence de causes si
s. Ne pourrait-elle pas provenir aussi de quelque
olontaire, mais criminel ou insensé ? J'ai souvenance,
ɔouvoir bien me rappeler la source où ce fait est
ɣné, qu'une fois cette mutilation du périnée a été le

: des efforts salutaires : que dis-je ? constamment
échirure disparaît ; les parties se consolident sans
rtificielle, sans suture.

d'autres cas, il s'agit d'une déchirure plus ou
endue de la seule partie antérieure du périnée ; le
r de l'anus et l'anus lui-même conservent toute
grité. Quoique ce cas semble moins grave que le
it, moins heureuses peut-être sont les femmes
eu le périnée rompu de cette manière : alors, en
s efforts réparateurs de la nature sont toujours
ets ; une partie de la déchirure seulement se conso-
il en résulte l'inconvénient grave, surtout pour une
jeune encore, d'une vulve qui se prolonge beau-
arrière et qui est sans ressort, sans contractilité.
res fois, enfin, il y a division de tout le périnée,
re complète de cette partie, et cette division, cette
re peut s'étendre à une partie de la cloison recto-
e.

que ces mots : division de tout le périnée, déchirure
e de cette partie, soient très significatifs, ou assez
es par eux-mêmes, je crois devoir aller au-devant
incertitude, quant au sens que j'y attache, ou à
choses qu'ils servent à indiquer. Dans cette déchi-
mplète, tout le pont qui sépare la vulve de l'anus
uit : l'anus, tantôt seul, tantôt et le plus ordinaire-
vec son sphincter, est compris dans la division.
peut guère être sans que la cloison recto-vaginale
elle-même entamée ; et elle peut l'être plus ou moins
lément, j'entends dire dans une étendue plus ou
grande en hauteur : de telle sorte que, lorsqu'on

sions anciennes, et presque toutes étaient des divisions ou déchirures complètes. Vous le verrez plus loin, sur les dix-neuf sutures du périnée que j'ai pratiquées jusqu'à présent, une seule l'a été dans un cas de division incomplète, je veux dire pour une déchirure qui s'étendait seulement jusque très près de la circonférence de l'anus. Au moment où je trace ces lignes additionnelles à mes premières remarques, se trouve confiée à mes soins, dans mon service à l'Hôtel-Dieu, une jeune femme chez laquelle un premier accouchement a occasionné une pareille déchirure du périnée très étendue, mais incomplète. L'accident datait déjà de trois semaines environ lorsque j'ai vu cette jeune femme pour la première fois : il n'y avait point eu de réunion immédiate par les seuls efforts de la nature; rien n'avait été fait non plus pour provoquer, ni même pour favoriser cette réunion; déjà donc la plaie était en suppuration; on ne pouvait plus qu'aider au travail d'une consolidation secondaire. Cette consolidation a déjà fait sous mes yeux quelques progrès. Amènera-t-elle un resserrement convenable de la vulve, qui est maintenant très agrandie? Je l'ignore; ou plutôt je n'espère pas ce résultat des seules forces médicatrices de la nature. Il est problable que besoin sera plus tard de quelque acte réparateur, si la femme veut être délivrée d'une mauvaise conformation de la vulve. Je reviens à la division complète du périnée considérée en elle-même.

V. C'est à ce dernier cas seulement que je m'arrêterai; à lui seul se rapportent les faits que je dois faire connaître. C'est incontestablement le plus grave qui puisse se

VI. Combien est triste la condition d'une femme en cet état ! Ce n'est pas qu'il soit interdit à cette femme de concourir encore à la propagation de son espèce ; désormais elle pourra même éprouver le bonheur d'être mère sans l'acheter par de trop vives souffrances. Une dame dont je parlerai avait éprouvé une déchirure complète du périnée dans un premier accouchement, et venait de mettre au monde un second enfant peu de temps avant que je lui fisse la suture de cette partie. J'ai connu une dame anglaise qui avait éprouvé le même malheur dans un premier accouchement, et qui était en possession d'une famille composée de douze enfants. La femme opérée par Noël de Reims, à l'époque où, vers la fin du siècle dernier, furent reprises les tentatives de restauration du périnée, avait eu sept autres enfants depuis que chez elle cette partie avait été déchirée dans un premier accouchement. Je suis sûr qu'on recueillerait dans le monde nombre de cas semblables ; et peut-être qu'à force d'art, de ruse, d'adresse, et par je ne sais quelles supercheries, des femmes parviennent à cacher une infirmité si propre à inspirer du dégoût. Mais quand elle est connue, et pour que ce dégoût soit surmonté, ne faut-il pas ou le délire des sens porté à l'excès, ou un sentiment plus qu'ordinaire des devoirs presque sacrés qu'impose l'union conjugale ? Non seulement une femme chez qui le périnée n'existe plus n'est femme qu'à demi, au moins en ce qui concerne l'appareil extérieur de la génération ; non seulement elle a perdu, toute jeune qu'elle peut être, et qu'elle est le plus ordinairement, une partie des charmes physiques dont la nature l'avait pourvue ; mais une

oute l'état naturel de tension, ou le peu d'extensibilité es parties voisines du périnée, rend le rapprochement de es parties difficile à opérer; sans doute la communication cessante ou continuelle d'une plaie qu'on veut réunir vec des organes d'où sortent continuellement du mucus, s matières, des liquides irritants, peut être un empêche- ent à la réunion de cette plaie; sans doute l'évacuation s matières fécales par l'anus, si elle devait se faire trop omptement, est une autre circonstance contre laquelle faut être en garde; sans doute, enfin, c'est une chose savantageuse que les parties qui entrent dans la compo- ion du périnée soient si molles, si lâches, si peu char- es, et si peu propres conséquemment à éprouver une flammation simplement adhésive. Voilà des difficultés à incre, des obstacles à éloigner; mais ces difficultés, ces stacles ne sont point absolus, puisque déjà depuis ngtemps, mais de loin en loin, on a obtenu quelques ccès. Il s'agissait donc de trouver le moyen de réussir, on toujours, du moins dans le plus grand nombre de cas.

VIII. L'honneur de la première tentative appartient à chirurgie française. C'est Guillemeau, disciple, émule contemporain de notre Ambroise Paré, qui rapporte le emier fait relatif à la suture du périnée; c'est par lui e l'opération avait été pratiquée. Il avait mis en usage que nous appelons la *suture à points entrecoupés :* pération avait réussi. Indépendamment de la grande nfiance que ce célèbre chirurgien inspire, le fait est pporté avec les circonstances les plus propres à en rantir l'authenticité. Je n'en puis dire autant d'un cas

ens du sang, et que la mort vient d'enlever à l'Académie, oyer n'avait jamais, dans le cours de sa longue carrière, ratiqué la suture du périnée; et dans son grand ouvrage e chirurgie, il se borne à ne pas désapprouver les nouveaux essais qu'on voudrait faire, mais sans montrer eaucoup de confiance. Son contemporain d'âge et son gal en renommée, qui vit encore, M. Dubois, le père, a faite une seule fois, et n'a point réussi; son fils, I. Paul Dubois, mon collègue, l'a tentée une fois aussi areillement, à l'hospice de la Maternité : même reers. L'un et l'autre avaient suivi les errements tracés ar Noël et Saucerotte, c'est-à-dire qu'ils avaient mis n usage la suture entortillée. Cependant, depuis que nes succès connus ont rappelé l'attention sur ce sujet, n parle d'une tentative, et d'une tentative heureuse aite par M. Dupuytren, il y a douze ou quinze ans, nais à laquelle il avait attaché peu d'importance; et l'un de nos recueils périodiques de médecine, celui qu'on nomme *Revue médicale*, contient le récit d'un cas où ette suture du périnée a été pratiquée à peu près dans le même temps et avec un résultat également favorable, par M. Montain le jeune, l'un des plus habiles chirurgiens de Lyon; je dois à la vérité de dire que dans le cas dont il s'agit, cas dont j'ai eu connaissance, il y a très peu de temps, M. Montain a fait, pour une partie de son opération, quelque chose qui se rapproche du procédé dont je croyais avoir eu complétement la première idée.

Vous n'avez pas oublié, mon cher Lawrence, que les pages précédentes sont extraites d'un travail écrit et publié en 1834. Permettez-moi maintenant une courte

personne qu'il avait délivrée d'une déchirure du périnée survenue dans un accouchement clandestin, était une demoiselle du monde; que cette personne s'étant mariée plus tard, elle lui avait été présentée par le mari qui, vu l'étroitesse de la vulve, n'avait pu accomplir l'acte conjugal, et réclamait les secours de la chirurgie, pour lever les obstacles qu'il croyait naturels. N'aurait-il pas pu se faire qu'un tel récit parvînt à la connaissance de l'homme dont la confiance avait été trompée (1)?

Après ces remarques qui, comme vous le voyez, ont bien leur utilité, revenons, si vous le voulez, à mon Mémoire académique. Je vous ai parlé jusqu'ici des tentatives faites en France par les chirurgiens qui m'ont précédé.

IX. Cependant aussi, et depuis le commencement de ce siècle, quelques chirurgiens allemands ont eu pitié de ces malheureuses femmes chez lesquelles le périnée a été rompu dans l'accouchement. Ils ont essayé de faire revivre la suture de cette partie; surtout ils ont discuté avec sagesse la question de l'époque la plus opportune pour entreprendre cette opération : tels Mursinna, Mentzel, Osiander, et plus spécialement encore M. Dieffenbach à Berlin. Les uns proposent la suture à points passés ou séparés, les autres recommandent la suture entortillée. Aucun n'a eu la pensée d'appliquer ici cet autre moyen de synthèse qui a nom *suture enchevillée;* et, s'il faut en croire M. Dieffenbach, il n'y a guère à espérer de succès

(1) Voyez *Gazette médicale*, 1832, p. 685. — Pigné, traduct. de Chélius, t. I, p. 262.

nérale contre cette opération : je n'avais pas la moindre velléité de renouveler les tentatives faites à différentes époques par les chirurgiens dont j'ai parlé, lorsque se présenta le cas suivant qui a fait une si grande révolution dans mes pensées, et qui sera, j'en suis convaincu, le signal d'un heureux progrès en chirurgie, et un premier pas assuré vers une conquête durable.

XI. Une jeune dame de la Normandie vint à Paris au mois de décembre de l'année 1831, il y a deux ans. C'était l'épouse de M. ***, médecin à Valognes, une petite ville du département de la Manche; elle avait vingt-deux ans. Mariée à dix-neuf, elle était devenue enceinte presque immédiatement après son mariage, et accoucha lorsqu'elle touchait à peine à sa vingtième année. L'accouchement avait été long, pénible; on avait dû recourir à l'application du forceps; et les efforts nécessaires pour amener au dehors la tête de l'enfant, et mettre fin à son séjour trop prolongé dans l'excavation du bassin, efforts bien ou mal conduits, bien ou mal dirigés, avaient produit la déchirure du périnée. Cette déchirure avait été aussi complète que possible; la cloison recto-vaginale y avait participé dans l'étendue d'un demi-pouce environ. La nature n'avait rien fait pour la réparation du désordre. Deux ans s'étaient écoulés depuis l'événement, lorsque cette jeune dame, dont on m'avait déjà parlé, me fut présentée, et lorsqu'il me fut loisible de l'examiner attentivement. La déchirure s'était faite très exactement sur la ligne médiane; les bords, parfaitement cicatrisés, étaient d'ailleurs souples, flexibles, sans induration, sans callosités aucunes. On eût

ɔour atteindre ce but un moyen encore plus efficace ; pensai point à la suture enchevillée ou emplumée usqu'alors, n'avait été affectée qu'aux plaies des parois bdomen, et peut-être a-t-il fallu la non-réussite d'une ıière opération faite avec la suture entortillée pour que ngeasse plus tard à appliquer cet autre moyen de ıèse à la restauration du périnée.

V. J'avais fait construire tout exprès de très longues ès grosses aiguilles d'argent, garnies à l'une de leurs mités d'un fer de lance d'acier amovible. Une pre- e partie de l'opération consista dans l'avivement des ls de la division : j'enlevai de chaque côté un lam- ı à peu près quadrilatère, long de deux pouces ron, mais fort mince ; car, bien que les parties qui ent formé autrefois le périnée fussent assez souples, ussent être assez aisément rapprochées d'un côté à re, encore devais-je éviter de leur faire éprouver une e de substance trop considérable. Mais en formant un de ces deux lambeaux, je pris le soin d'anticiper ɔeu sur la peau d'une part, et d'une autre part sur les ɔis du vagin ; et tous deux furent assez prolongés de us vers les grandes lèvres, pour qu'après la suture , et l'opération terminée, l'entrée du vagin fût plutôt un trop étroite que trop large. Je voulais ainsi mettre en tact des surfaces aussi étendues que possible, et aug- ıter de cette manière les chances de succès de l'opéra- . J'avivai séparément, et en second lieu, les deux lèvres a petite fente qui se prolongeait sur la cloison recto- inale, et les embrassai dans un point de suture simple.

exactement rapprochées l'une de l'autre et de pré-
ur écartement involontaire pendant le sommeil.

. Médecin, comme je l'ai dit, et médecin habile, le
la malade l'entoura de la plus tendre sollicitude,
igua des soins dirigés avec une grande intelligence.
ses efforts et les miens, malgré le courage dont la
avait fait preuve, et la patience qu'elle montra con-
ment à l'opération, je devais être une première
npé dans mon attente; ou plutôt, mes craintes de-
se réaliser. Cependant, les choses se passèrent
l de la manière la plus heureuse, ou du moins la
orable en apparence. Il ne survint pas d'accidents;
qu'on pouvait juger de l'état des bords de la plaie
utres parties cachées par les fils de la suture, l'in-
tion ne s'y était développée qu'à un degré conve-
la malade n'y ressentait qu'une douleur légère. On
soin de la sonder chaque fois qu'elle éprouvait le
de rendre l'urine, pour éviter l'écoulement de ce
sur la plaie; et la seule diète, mais une diète absolue,
ffi pour suspendre les évacuations alvines, qui ne
blirent même que quelques jours après l'entière
on des parties. Nous étions arrivés au septième
ix jours pleins s'étaient écoulés depuis le moment
ération, lorsque je me décidai à retirer les aiguilles
lever les fils qui avaient servi à faire la suture. On
alors que la réunion s'était opérée; les deux parties
inée se maintenaient en contact immédiat. Mais une
e simplement glutineuse mettait momentanément
le à leur rétraction, la réunion n'était qu'apparente:

qui a fait parmi nous de si grands ravages, et bientôt, en effet, éclatacette épidémie, que la malade eut le courage de braver, et qui ne l'empêcha pas de rester à Paris. Ainsi, plusieurs mois s'écoulèrent, et nous ne trouvâmes le moment opportun pour entreprendre une opération nouvelle qu'à la fin du mois de mai.

XIX. Toutefois, durant ce long délai ou cette longue temporisation, je méditai sur ce qui avait pu me faire échouer une première fois, et sur ce qui avait fait échouer d'autres chirurgiens, et des chirurgiens habiles, dans d'autres tentatives du même genre. Je ne tardai pas à être convaincu que ce qui avait dû mettre obstacle à la réussite, c'était que même avec la suture entortillée, qui n'agit avec toute la puissance possible qu'à l'extérieur, on ne peut pas établir un contact exact entre les parties les plus profondes de la plaie; que le fond de celle-ci reste béant du côté du vagin, et qu'ainsi ses bords peuvent être continuellement humectés par des mucosités, qui découlent d'autant plus abondamment de cette dernière partie qu'elle-même participe à l'inflammation du périnée. Dans ma pensée, je considérais comme une moindre source d'inconvénients la nécessité du passage des matières fécales par l'anus, puisque, d'une part, il n'est pas impossible d'obtenir, par des moyens artificiels, une constipation prolongée, et que, par des moyens d'un autre genre, on peut rendre les excréments tellement liquides, ou si mous, que leur sortie puisse s'effectuer sans qu'il y ait à craindre la déchirure des parties qu'on veut réunir. Il me vint assez promptement à la pensée que je multiplierais

tant et plus même sur les parties profondes que sur les parties superficielles; à quoi il faut ajouter que, dans la suture enchevillée, il n'y a point étreinte, constriction des bords de la plaie; ces bords sont seulement attirés de loin, poussés, pressés l'un contre l'autre, et tout à fait libres à l'extérieur; dès lors, ils sont moins susceptibles d'être coupés ou déchirés par des points de suture qui seraient trop longtemps en place; et, chose non moins importante, tout passage de liquide entre les surfaces rapprochées, et mises en contact, doit être impossible; toute communication entre le fond de la plaie et l'extérieur doit être interceptée. Voilà par quels raisonnements je parvins à me persuader qu'il y avait plus de chances de succès en appliquant la suture enchevillée à une division, et surtout à une division complète du périnée, qu'en pratiquant la suture entortillée.

XX. L'événement a confirmé toutes mes conjectures et justifié mes prévisions. Quelques mots suffiront maintenant pour faire comprendre le caractère particulier de la seconde opération pratiquée sur cette jeune dame. Les apprêts et tous les soins préliminaires furent les mêmes que pour la première. L'avivement des parties cicatrisées fut fait de la même manière absolument, et par les mêmes moyens; peut-être seulement y ai-je apporté un soin encore plus grand, et ai-je été encore plus attentif à faire que les deux plaies fussent parfaitement régulières et bien semblables l'une à l'autre. Je plaçai trois ligatures, et en faisant agir les aiguilles courbes conductrices des fils, d'un côté de dehors en dedans, et de l'autre de

fenbach. La malade fut ensuite soumise aux mêmes soins qui déjà lui avaient été prodigués.

XXI. Je ne fis rien pour provoquer les selles, pensant bien que la constipation qui, la première fois, n'avait cessé que bien après la désunion des parties, nous favoriserait pareillement dans cette seconde tentative. En effet, elle a persisté jusqu'au vingt-deuxième jour. C'est à cette époque seulement que la malade dut satisfaire pour la première fois au besoin d'aller à la garde-robe. Toutefois l'expulsion des matières, lesquelles formaient une masse assez considérable, et avaient acquis une grande consistance, ne se fit pas sans beaucoup de peine ; il fallut même y aider par des pressions exercées de haut en bas avec un doigt introduit dans le vagin. Mais à l'époque dont il s'agit, une défécation encore plus laborieuse n'aurait pu rompre des parties entre lesquelles s'était opérée l'union la plus intime, et dont la continuité était parfaitement rétablie. En m'exprimant ainsi, j'indique quels ont été l'issue et le résultat de la seconde opération dont j'ai rapporté les principaux détails. Cette opération, en effet, eut le succès le plus complet. J'avais enlevé les cylindres et retiré toutes les ligatures au commencement du septième jour. Déjà, à cette époque, on voyait distinctement qu'il y avait entre les deux moitiés du périnée autre chose qu'une simple agglutination : déjà elles étaient assez solidement réunies, et il aurait fallu un certain effort pour les séparer : insensiblement la cicatrice avait acquis plus de force et de solidité, et bientôt la consolidation du périnée avait été parfaite. A l'époque où la malade dut aller à la garde-robe

» de la liberté que vous nous avez accordée ; les habi-
» tudes conjugales ont été reprises, non sans quelques
» difficultés premières à vaincre, mais bientôt avec toute
» l'aisance et tout le charme désirables : je verrais ma
» femme enceinte sans trop d'inquiétudes. » C'était assez dire que je ne tarderais pas à recevoir l'annonce de son état de grossesse. En effet, nonobstant mes vœux et mes désirs, cette dame est devenue enceinte vers la fin de l'année même de l'opération. Nonobstant aussi les appréhensions qu'il était bien permis d'avoir, l'accouchement a été des plus heureux ; il s'est terminé par les seuls efforts de la nature, après quelques heures de souffrances, et sans avoir présenté rien de particulier : quoique le périnée se soit trouvé exposé pendant assez longtemps à tous les efforts d'un travail fort actif, cette partie n'a éprouvé aucune déchirure nouvelle, ou complète ou incomplète, pas même le plus léger éraillement. Ainsi donc cette jeune dame n'est plus seulement délivrée d'une horrible mutilation, qui semblait marquée au coin de l'incurabilité ; elle jouit encore une fois du bonheur d'être mère, sans que son amour-propre ait eu à souffrir d'un trop froid dévouement de l'amour conjugal.

Je puis vous donner aujourd'hui, mon cher Lawrence, quelques détails de plus sur l'observation précédente ; je l'avais rédigée trois mois environ après l'heureux accouchement de madame L..., et la naissance d'une fille qui a maintenant dix-neuf ou vingt ans. Cette dame est devenue enceinte une autre fois encore, et a donné le jour à une autre fille qu'elle a élevée avec le même bonheur. Le périnée, mais seulement le périnée propremen

a reparu non moins grande qu'elle ne l'était dans le principe, et aussi, chose assez remarquable, sans avoir éprouvé ou sans présenter un agrandissement réel. Je la considérai comme à peu près incurable.

Cela étant, on pouvait aviser à quelque moyen d'en pallier les effets en rendant moins facile la communication du rectum avec le vagin. J'imaginai et je fis construire un petit obturateur, dont, je le sais, madame L... s'est servie très rarement, à l'usage duquel elle a peut-être même complétement renoncé, mais qui pourrait convenir dans des circonstances analogues. Je l'avais fait faire en ivoire, il était composé de deux pièces séparées qu'on pouvait rejoindre l'une à l'autre, et rapprocher au degré voulu. Ces pièces n'étaient autres que deux petites plaques destinées à être introduites, l'une dans le vagin et l'autre dans le rectum. La plaque vaginale était à peu près circulaire et bombée sur sa face postérieure : la plaque destinée à être placée dans le rectum avait sa face antérieure légèrement concave ; elle était d'ailleurs assez étroite, et pouvait être mise en place aisément, chacune des deux avait un prolongement en bas, ou présentait dans ce sens une sorte de queue. C'est en agissant sur les deux prolongements au moyen d'un petit anneau faisant écran, qu'on maintenait les deux plaques en rapport l'une avec l'autre, et appliquées en sens contraire sur l'ouverture de la cloison recto-vaginale.

Ce petit appareil remplissait très bien l'office auquel il était destiné. Madame L... ne devait pas en faire un usage continuel : il avait été convenu, entre nous, qu'elle ne l'appliquerait que pour sortir, pour aller dans le monde,

oute autre, peut offrir des chances désavantageuses. Car, l faut bien le dire, non seulement en chirurgie, et bien ue par son caractère cette partie de la médecine semble e rapprocher à la fois des sciences exactes et des arts les lus positifs dans leurs procédés et dans leurs résultats, y a bien souvent des doutes et des incertitudes; non eulement on peut y commettre des méprises fâcheuses, es fautes graves, des erreurs funestes, et que le vrai alent doit avoir le courage d'avouer et de faire connaître; nais encore, dans les actes principaux auxquels elle se ivre, combien souvent les plus grandes espérances sont-lles déçues! que de mécomptes! que de revers qu'on e prévoyait pas, ou qui ne semblaient pas dans l'ordre les probabilités! D'ailleurs dans toutes les grandes œuvres de la chirurgie, et pour chacune d'elles en particulier, soit qu'il s'agisse seulement d'un but déterminé qu'on eut atteindre ou ne pas atteindre, soit que la conservaion de la vie soit mise en jeu, il y a un certain rapport le revers et de succès, une certaine proportion des uns ux autres à laquelle il faut se soumettre, et que les temps, es lieux, les hommes ne changent guère. Ajoutez enfin u'il n'est pas d'opération si simple, si minime, et si généralement innocente en soi, qui ne puisse communiquer n ébranlement fâcheux à tout le système de l'économie nimale, et qui ne puisse, chez les sujets mal disposés hysiquement et moralement, devenir l'occasion d'accilents graves, ou même mortels.

XXVI. Ce seul revers que j'aie encore éprouvé en pratiquant la suture du périnée est tout récent : c'est ma dernière

bdomen : toutes choses qui dénotaient une inflam-
sourde du tube intestinal, et qu'on ne pouvait pas
ıttribuer à ce que si souvent une partie fort étendue
ırface muqueuse du gros intestin était exposée à
ssion de l'air et à l'injure des corps extérieurs. Je
ger à combattre et à éloigner ces complications
'entreprendre la suture du périnée, bien que l'opé-
ût paraître et fût en effet plus nécessaire, plus in-
able, plus urgente même que dans aucun autre
rès trois ou quatre semaines, durant lesquelles la
dont il s'agit fut soumise au repos, à un régime
ıble et à tout ce qui pouvait modérer à la fois l'irri-
les intestins et les évacuations diarrhéiques, sa
s'était singulièrement améliorée, et je crus pouvoir
ı désir extrême qu'elle avait de subir une opération
e espérait la fin de ses incommodités et de ses souf-
. Peut-être n'ai-je point assez temporisé, peut-être
-je laissé dominer par une compassion bien natu-
ıs doute, et aussi par l'espérance et le désir assez
s de voir promptement un nouveau succès s'ajouter
ıue j'avais déjà obtenus. L'événement m'a conduit
resser moi-même ces reproches : en effet, dès le
ıe jour après l'opération, un dévoiement consi-
se déclara; la fièvre survint; bientôt le ventre
douloureux à la pression, et la malade perdit ses
et son énergie. Du côté de la plaie, les parties
ses entre les points de suture n'éprouvèrent pas
ıméfaction, ce boursouflement inflammatoire,
ıxion vive, franche, légitime, qui présage, annonce
are une adhésion immédiate : loin de là, elles

XXIX. Dans les trois autres cas, toutes les conditions étaient favorables, et le résultat de l'opération a été le même exactement que chez la jeune dame de Valognes. Ils sont antérieurs à celui dont je viens de rapporter la fin malheureuse. J'abuserais des moments de l'Académie, de l'attention qu'elle veut bien m'accorder, si j'entrais dans des détails étendus sur chacun de ces nouveaux cas de suture du périnée. Ils sont si semblables entre eux, au moins sous les rapports principaux; si semblables, chacun en particulier, à celui qui a été pour moi le point de départ, qu'ils n'ont d'intérêt que par le résultat que j'ai obtenu : et les développements dans lesquels il convenait que j'entrasse au sujet de mon opération première, et du cas en quelque sorte générateur des autres, deviendraient fastidieux et inutiles. L'Académie trouvera bon, je pense, que je me borne, par rapport à ces derniers faits, à l'indication rapide des circonstances propres à chacun en particulier, et de ce qui peut en établir l'authenticité.

XXX. Le sujet d'une première observation était une jeune fille de vingt et un ans, devenue mère une première fois à dix-neuf ans, et chez laquelle, dans ce premier accouchement, terminé par les seuls efforts de la nature, il s'était fait une déchirure complète du périnée. Elle avait nom Joséphine Erard, et sortait de l'hôpital des vénériens, où elle venait de subir un traitement antisyphilitique, au moment où je la reçus dans mon service à l'hôpital de la Charité. C'était en 1833, dans les premiers jours de mars. Avant de l'opérer, il avait fallu, seulement pendant quelques jours,

rectum dans le vagin, subsista encore quelque temps; mais elle était réduite aux plus petites dimensions lorsque la malade nous quitta vers la fin du mois de mai. Nous avons su que cette fille avait cédé promptement à son penchant pour la vie de concubine, et qu'elle n'avait pas tardé beaucoup à courir le risque de devenir enceinte. A la vérité, je ne redouterais plus tant une nouvelle gestation et les efforts d'un nouvel accouchement, maintenant que je sais que la dame de Valognes est devenue enceinte assez peu de temps après sa guérison, et que la délivrance s'est faite sans plus de peine que dans les circonstances ordinaires, et sans nouvelle déchirure du périnée.

XXXI. Un autre cas est celui d'une femme des environs de Compiègne, âgée de vingt-neuf ans, et que je reçus également à l'hôpital de la Charité, au mois d'octobre dernier (1833). Elle avait été sollicitée pour y venir, et m'avait été présentée par M. Donné. C'était à l'époque où M. Jacobson, de Copenhague, visitait notre capitale; et je pus rendre témoin de l'opération ce célèbre chirurgien danois, qui a bien voulu assister souvent à mes leçons et à mes opérations durant le temps de son séjour à Paris. Avant de nous quitter, il a pu constater par lui-même un nouveau succès de la suture du périnée, et s'est exprimé sur ce qu'un heureux hasard lui avait permis de voir, en termes dont je puis conserver le souvenir, mais qu'il ne m'est pas permis de répéter. Il était difficile, en effet, de voir une réhabilitation plus parfaite de l'anus, du périnée et de la vulve dans leur état naturel, que ce qui a eu lieu chez la femme Claye, que beaucoup de praticiens de Paris, parmi

illée, a été aussi complet, aussi parfait que dans les cas précédents : toutes les circonstances, tous les détails d'exécution avaient été exactement les mêmes. Un événement aurait pu tromper nos espérances : peu de temps après avoir été opérée, cette dame perdit son enfant dernier né, ce qui lui causa un vif chagrin ; mais déjà les points de suture avaient été enlevés ; déjà les parties avaient contracté un certain degré d'union ; et malgré le trouble survenu dans toute l'économie, le travail ultérieur de la consolidation ne se ralentit point.

Par une certaine excentricité de caractère, madame T..., femme d'ailleurs des plus honorables sous tous les rapports, a cessé toute relation avec moi. Elle s'était promis de ne plus me revoir à partir du moment où mes soins ne lui seraient plus nécessaires. Elle a tenu l'engagement qu'elle avait pris avec elle-même ; à peine a-t-elle consenti à recevoir la visite de quelques dames atteintes de l'infirmité dont je l'avais délivrée, et qui voulaient être encouragées par son exemple. Mais indirectement j'ai appris que, devenue enceinte encore une fois après l'opération que je lui avais faite, elle était accouchée heureusement et sans lésion aucune du périnée. Je ne sais pas si la cloison recto-vaginale, qui m'avait paru tout aussi bien consolidée que le périnée lui-même, a éprouvé quelque éraillement. J'ai su la nouvelle grossesse et j'ai appris l'heureuse délivrance de cette dame par mon collègue M. Moreau, qu'elle avait choisi pour son accoucheur après la mort de M. Maygrier.

XXXIII. Ne serait-ce que pour préparer les matériaux d'une histoire plus complète de la restauration du périnée,

ration faite pour une fistule à l'anus très superficielle; mais constamment cette petite fente a disparu, et l'anus, dans lequel j'avais soin de placer une petite mèche enduite de cérat, a repris promptement sa disposition naturelle. Constamment enfin, et malgré le soin que j'avais pu prendre dans l'opération d'agir sur le petit bord libre ou sur l'éperon de la cloison recto-vaginale, de l'aviver et de traverser cette cloison avec l'un des fils de la suture pour la rapprocher des parties molles du périnée proprement dit, il a fallu un temps assez long pour que toute communication cessât entre le rectum et le vagin; toujours des gaz intestinaux et des matières excrémentitielles, seulement à la vérité quand elles étaient liquides, ont passé par le vagin, et cela lorsque le périnée était déjà bien solide; mais insensiblement l'ouverture de la cloison s'est resserrée; elle a fini par s'oblitérer tout à fait, ou par devenir si étroite, qu'elle ne livrait passage, et de temps à autre seulement, qu'à une très petite quantité de gaz.

XXXIV. Tels sont, Messieurs, les faits importants dont j'avais à vous donner communication. Quatre fois donc successivement en moins de dix-huit mois, et trois fois dans le cours de la seule année qui vient de finir (1833), j'ai réussi par un procédé nouveau à refaire le périnée, à restaurer complétement la vulve et l'anus, à rétablir toutes ces parties dans un état aussi parfaitement semblable à leur état naturel qu'on puisse se le figurer, à faire disparaître toute trace du désordre dont elles avaient été le siége, et à les rendre de nouveau susceptibles de remplir les fonctions que la nature leur a départies. Quatre femmes qui

'existait chez elle aucune communication entre le et la cavité du vagin. Mais, chose bizarre, cette , qui était jeune encore au moment où elle fut re- ı jouissance des attributs propres à son sexe, et où ıour-propre n'avait plus à souffrir des suites de ɜnt qui avait accompagné sa première couche; mme, dis-je, se refusa pendant plusieurs années ɔroches de son mari. Ne plus être exposée à l'in- ɜnce des gaz intestinaux et des matières excré- elles, était pour elle un bonheur suffisant. Était-ce nte de grossesses nouvelles? Non, elle désirait ɜ d'avoir des enfants, et elle ne songeait même x dangers rigoureusement possibles d'une seconde ité : mais elle avait redouté les souffrances que lui ıit, pour de nouveaux rapports conjugaux, l'étroi- onsidérable de l'entrée du vagin. Cependant j'ai d'elle-même qu'elle avait enfin fini par céder aux es de son mari.

ıis encore à l'hôpital de la Charité, mais le moment hait où je devais quitter cet hôpital pour venir à -Dieu; c'était au mois de janvier de l'année 1835 : ıt présenté une femme de trente et un ans, brune, ıtérieur gracieux et d'une belle constitution : elle om Marie-Aimée Duplessier; elle était accouchée is auparavant; dans cet accouchement qui avait été ux, mais qui s'était néanmoins terminé par les forces de la nature, il y avait eu déchirure com- ıu périnée, et la déchirure s'était étendue à une ıartie de la cloison recto-vaginale. La nature n'avait ıt pour la réparation du désordre : il y avait eu seule-

effet qu'elle doit produire dans quelque circonstance ou pour quelque cas qu'on y ait recours. Destinée à réunir surtout les parties profondes, elle demande pour être efficace une étreinte un peu plus forte que les sutures superficielles. Cela se fait du reste sans inconvénient, surtout sans qu'on ait à craindre la section ou la division des parties sur lesquelles elle agit, ces parties étant soumises seulement à deux pressions en sens contraire, et non pas autant de constrictions circulaires qu'il y a d'aiguilles dans la suture entortillée ou d'anses de fil dans la suture à points séparés.

Les conditions dans lesquelles se trouvait cette jeune femme étaient si favorables, tout, dans l'opération, avait été si bien accompli au gré de mes désirs, que j'en aurais presque garanti par avance le succès. Cependant, je fus trompé dans mon attente. Tout se passa bien d'abord. Le huitième jour j'enlevai la suture, après avoir fait prendre la veille, comme dans mes opérations précédentes, comme dans toutes celles qui ont suivi, un léger purgatif, afin de provoquer une ou plusieurs selles liquides, et pour mettre les gros intestins dans un état parfait de vacuité; il y avait adhésion des deux parties du périnée : cette adhésion était telle du moins qu'elle pouvait être huit jours seulement après l'opération. Même état satisfaisant, mêmes motifs de sécurité et mêmes raisons pour espérer une adhésion définitive et complète pendant les deux jours qui suivirent l'ablation des fils. Mais le matin du troisième jour, c'est-à-dire le dixième jour après l'opération, à l'heure ordinaire de ma visite, et à mon grand étonnement, toutes les adhérences étaient

emiers jours d'avril. C'était en 1835. Cette seconde opé
tion ne différa en rien absolument de ce qu'avait été la
emière. Je n'avais point pour mon compte à redoubler
attention dans tout ce qu'il y a vait à faire consécutive-
ent. C'était à la malade à me seconder, à s'observer mieux
'elle ne l'avait fait précédemment, à suivre mes recom-
ndations, à ne commettre aucune imprudence. Il n'y
t rien à lui reprocher à cet égard ; aussi fut-elle récom-
nsée de sa patience et obtint-elle le prix de son courage.
: succès de cette seconde opération a été presque aussi
mplet qu'on pouvait le désirer ; la restauration du périnée
oprement dit était surtout parfaite ; mais il restait une
tite ouverture au bas de la cloison recto-vaginale. Je
udrais savoir et je voudrais pouvoir dire si le temps
'ait disparaître ce reste de la difformité première, et,
ns le cas où la communication entre le rectum et le
gin aurait persisté, quelles incommodités en ont été ou
sont encore la suite. Mais cette jeune femme, impa-
nte de reprendre ses occupations habituelles, me quitta
esque aussitôt qu'elle put le faire sans inconvénient.
en que je lui eusse exprimé le désir de la visiter à des
oques plus ou moins éloignées, et de constater par
oi-même les changements qui pouvaient survenir dans
n état, elle ne m'a pas fourni l'occasion de le savoir ;
gnore complétement quel a été son sort définitif quant
la petite fistule recto-vaginale qui a succédé à l'opé-
tion. Toutefois, j'ai su indirectement qu'elle avait re-
ris ses habitudes conjugales assez peu de temps après
guérison, et que, devenue enceinte de nouveau, elle
ait accouchée à terme, et heureusement, sans la moindre

réelle, que cette jeune femme avait conçu le désir d'être soumise à une opération. Une sage-femme, madame Roudet, de qui elle avait appris ce qu'elle pouvait attendre du secours de la chirurgie, me la présenta à l'Hôtel-Dieu. Peut-être aurais-je dû la détourner de la résolution qu'elle avait prise, et trouver quelque prétexte pour ne pas faire une opération à peine indiquée, qui promettait bien peu d'avantages, et dont je n'aurais pas pu garantir l'innocuité. Mais le périnée n'était pas brisé complétement : deux points de suture devaient suffire pour lui rendre plus même que les dimensions naturelles; l'opération devait donc être plus simple qu'aucune de celles que j'avais pratiquées jusqu'alors; puis, comment me serais-je arrêté à la pensée d'une éventualité fâcheuse? Une seule fois encore, j'avais eu à déplorer la mort d'une malade; mais, comme vous l'avez vu, il s'agissait dans ce cas malheureux d'une femme déjà avancée en âge, accablée d'infirmités, épuisée par une diarrhée abondante, et que j'avais opérée seulement parce que l'état d'incommodités graves auxquelles elle était en proie provenait de la destruction déjà ancienne du périnée.

La fille Veyron, ma nouvelle malade, n'offrait aucune de ces conditions défavorables. J'accédai donc à son désir, je la reçus à l'Hôtel-Dieu, où elle fut placée salle Saint-Jean, n° 6. C'était en 1836, au mois de juillet. Après quelques jours employés à des préparations à peu près insignifiantes, et pendant lesquels je voulais plutôt que cette jeune fille s'habituât au séjour de l'hôpital, je l'opérai le lundi 26 juillet. Le temps était beau, et la température de l'atmosphère moins élevée que cela n'aurait dû être eu

cence inflammatoire qu'on sait être toujours d'un bon augure dans les plaies dont on tente la réunion immédiate. Mais l'instant n'était pas venu encore de retirer les fils de la suture que, sans autre accident remarquable, la malade tomba dans un grand affaissement. Ce fut le septième jour que cette prostration générale se déclara, ou que du moins elle se présenta avec un caractère grave. Cela me fit retarder d'un ou de deux jours l'ablation de la suture. Je n'ôtai les fils qu'au commencement du neuvième jour après l'opération. Je n'avais pas eu besoin de déterminer préalablement, au moyen d'un minoratif, l'expulsion des matières contenues dans les gros intestins ; la malade avait eu spontanément trois ou quatre évacuations diarrhéiques ; ses forces allèrent en déclinant ; elle mourut vers la fin du dixième jour. En retirant les fils, j'avais pu constater qu'il n'y avait eu aucun travail de réunion. L'autopsie du cadavre, qui fut faite avec le plus grand soin, m'a laissé dans l'ignorance la plus complète sur la cause réelle d'une mort aussi inattendue, aussi peu probable, je veux dire sur la raison des accidents qui l'ont précédée. Surtout on n'a trouvé aucune trace de quelque inflammation des viscères, ni de phlébite, ni non plus aucun de ces abcès, de ces collections purulentes éloignées qui sont le résultat, ou d'une diathèse, ou d'une infection purulente ; aucun, enfin, de ces désordres cachés que font naître tant de plaies, même peu graves en apparence, lorsqu'elles deviennent une cause de mort.

Le cas qui suivit le précédent fut celui d'une dame de Paris, madame H...., qui demeurait rue Coquillière. Elle avait pour médecin habituel, et elle avait eu même

extraordinaire; elle prétexta je ne sais plus quel motif ou quelle raison tout à fait puérile pour vouloir que l'opération fût remise à un autre jour.

Et plus tard, ce fut huit ou dix jours après, quand son courage se fut un peu ranimé, en apparence au moins, et qu'elle eut consenti enfin à être opérée, il fallut beaucoup d'efforts pour la maintenir immobile. Elle m'avait autorisé, au reste, à user de tous les moyens qui étaient à ma disposition, et avait supplié qu'on ne tînt compte des irrésolutions qu'elle pourrait témoigner, ou même de la volonté qu'elle pourrait exprimer de rompre encore une fois l'engagement qu'elle avait pris avec elle-même. L'opération fut pratiquée de la même manière que toutes celles dont j'ai fait précédemment la relation, mais non pas sans que j'eusse à lutter contre certaines difficultés. Ces difficultés eurent leur source dans l'agitation extrême de la malade, dans son état continuel d'impatience et d'indocilité. Toutes les manœuvres se succédèrent lentement, et bien qu'elles n'aient été marquées par aucun contre-temps extraordinaire, par aucun accident fâcheux, je ne fus pas aussi satisfait du résultat primitif que je l'avais été dans d'autres circonstances. Et ce ne fut pas seulement pour l'opération elle-même que madame H..... se montra peu docile, peu résignée. Son impatience fut là même pendant tout le temps que durèrent les soins consécutifs que j'eus à lui administrer. Nulle autre malade encore ne m'avait donné autant d'embarras, n'avait exigé de moi plus de sollicitude. C'est cela peut-être qui fit que l'opération ne réussit pas aussi complétement que je l'aurais désiré. Il y eut restauration du périnée proprement

ntrarieraient moins ses goûts ou son antipathie extrême ur la douleur; mais je crois savoir aussi qu'aucune tre cure sérieuse n'a été entreprise, et que madame H... t restée dans l'état où je l'avais laissée.

Un dixième cas est remarquable sous plus d'un rapport. 'abord, la dame qui en a été le sujet était, comme la prei ère de toutes, l'épouse d'un médecin. Je la désignerai ulement par la lettre initiale de son nom. C'était maame B... Son mari est un praticien distingué et connu ns le département du Jura. Vous verrez plus loin, mon her Lawrence, que j'ai opéré en 1841 la femme d'un oisième médecin. N'est-il pas singulier que, pour mon ompte et sur les dix-huit femmes qui ont subi par mes ains la périnéoraphie, il s'en soit trouvé trois dont les aris, médecins, devaient compatir d'autant plus à la iste position de leurs femmes qu'elle était née sous leurs eux, et qu'ils en avaient été les innocents auteurs?

En second lieu, le résultat de l'opération chez maame B..., qui fut amenée à Paris par son mari au mois e juillet 1834, a été heureux, mais non pas aussi comlétement que je l'aurais désiré, ni que je l'ai vu dans uelques cas. Il y a bien eu réhabilitation parfaite du péinée dans les formes naturelles; mais une petite ouverure fistuleuse s'est établie sur la cloison recto-vaginale. lle occupait, bien entendu, la partie la plus déclive de ette cloison, et livrait passage à des gaz et à quelques arcelles de matières fécales; elle s'était considérablement esserrée, mais subsistait encore au mois de janvier 1835, poque à laquelle M. B... me donna connaissance de ce ui était advenu chez notre malade depuis qu'elle m'avait

ı périnée chez la femme, dans les cas de division rupture complète de cette partie, que je serais bien- ns la nécessité de réclamer pour ma propre femme nfait de cette opération. Madame B... est âgée de ans. Depuis six ans, et par suite d'hémorrhoïdes qui ıt été très douloureuses, elle était affectée d'une fis- ecto-vaginale, fistule très petite, ne livrant passage les gaz, et encore de temps à autre seulement. A était-ce pour elle une incommodité; cela ne lui cau- ıcun chagrin. Pendant ces six années, deux accou- ents ont eu lieu sans qu'aucun changement soit sur- lans la fistule, sans que cette fistule ait pris un carac- lus grave; on eût dit plutôt qu'elle avait disparu la seconde couche. Devenue enceinte de nouveau, me B... est accouchée, pour la troisième fois, le 14 avril er. C'est moi qui ai dirigé l'accouchement. L'enfant présenté par les pieds; il était un peu volumineux; es douleurs étaient rares et peu énergiques. Le dégag- nt de la tête paraissait ne devoir se faire qu'avec dif- ; et lenteur. Il fallut porter deux doigts sur le menton rendre l'inspiration possible et prévenir la mort de nt, qui, sans cela, était inévitable. J'ai assez l'habi- de la pratique des accouchements pour pouvoir ıer que cette manœuvre n'a été pour rien dans l'ac- t qui est survenu, et que le périnée ne s'est pas u au moment de l'expulsion du fœtus.

Iais deux jours après l'accouchement, on s'aperçut es gaz passaient fréquemment, et avec bruit, du rec- lans le vagin. Le troisième jour, il s'en échappait par voie insolite une quantité plus considérable, en même

A peu près dans le même temps, je me trompe, c'était dans l'année suivante, en 1835, au mois de juillet, me fut présentée une jeune dame de vingt-deux ans, chez laquelle le périnée avait été rompu complétement dans une première couche. Il y avait eu cicatrisation isolée de chacun des bords de la division, laquelle s'étendait à peine au-dessus du périnée proprement dit, la cloison recto-vaginale y participant infiniment peu. Cette jeune dame était donc sous le rapport de la mutilation elle-même, comme sous tout autre, au reste, dans les conditions les plus favorables. Elle venait de la Nouvelle-Orléans, et son mari, quoique livré à de grandes opérations commerciales, qui ne lui permettaient guère de faire une longue absence, l'avait accompagnée en France. Il avait craint de sa part quelque irrésolution, et avait voulu soutenir et allumer son courage. Cette appréhension n'était que trop fondée, et malheureusement, comme vous allez le voir, la jeune dame fut soustraite à l'ascendant de son mari, et privée de ses conseils, alors qu'ils lui auraient été si utiles une seconde fois.

Je l'opérai le 24 juillet, quelques jours seulement après son arrivée, à cause du très grand désir qu'elle et son mari avaient de ne pas faire en France un trop long séjour. Toutes les manœuvres de l'opération furent extrêmement simples, et dans tout ce que j'avais fait avant le cas dont il s'agit, comme dans tout ce que j'ai fait depuis, je n'ai jamais eu plus de raisons pour espérer un heureux résultat. La malade m'avait secondé par une résignation et une docilité vraiment remarquables. Il n'y eut rien à lui reprocher non plus dans la part qu'elle devait prendre

consolider que lentement, à la manière de la plaie ovenant de l'opération de la fistule à l'anus. Pendant usieurs jours, que dis-je, jusqu'au seizième inclusivement, la nature avait travaillé efficacement à une guérison mplète; les petites ulcérations de la peau occasionies par la pression des chevilles s'étaient cicatriies; il ne s'écoulait plus de pus par les ouvertures des oints de suture, lesquels en donnent toujours plus ou oins abondamment dans les jours qui suivent l'extracon des fils, et tout le périnée paraissait avoir déjà une ande solidité. Ne voulant point exposer la malade aux convénients d'une nouvelle superpurgation, qu'elle-ême redoutait beaucoup, j'avais décidé de ne pas reurir à des moyens artificiels pour provoquer des garde-obes, et avec le secours d'une alimentation très peu ondante, j'espérais que des évacuations alvines sponnées auraient lieu très tardivement, tout au moins à une oque où, quelle que fût la consistance des matières cales, ces matières pourraient franchir l'anus sans qu'il eût rien à appréhender pour le périnée.

Mais les choses se passèrent tout autrement que je ne avais espéré. Nous étions au dix-septième jour : trois ou atre jours encore auraient suffi, sans doute, pour amener ut le périnée au degré définitif de consolidation et pour ue toute désunion, toute rupture de la cicatrice fût imssible; mais au moment où l'on s'y attendait le moins, sans phénomènes avant-coureurs, madame B... éprouva besoin le plus pressant d'aller à la garde-robe : elle ne ut y résister; on n'eut pas le temps de lui administrer un ivement, qui aurait peut-être divisé, amolli la masse des

ecommandant de hâter, le plus qu'il me serait possible, le
oment où elle-même pourrait le rejoindre. Nous étions
u milieu du mois d'août : je devais m'absenter pendant
out le mois de septembre ; il fut convenu que l'opération
ouvelle serait pratiquée aussitôt après ma rentrée à Paris,
'est-à-dire dans les premiers jours d'octobre. Madame B...
ttendit mon retour, en effet, sans avoir exprimé aux per-
onnes qui la connaissaient et la voyaient journellement
e moindre regret de ne pas avoir accompagné son mari, et
onnant toujours à penser que la résolution qu'elle avait
rise était irrévocable. Mais elle avait trop compté sur son
ourage : elle en manqua complétement lorsque fut venu
our elle le moment d'accomplir la promesse qu'elle avait
aite à son mari. Son imagination lui retraça plus vives
u'elles n'avaient dû l'être et qu'elles n'avaient été réelle-
nent, les souffrances de la première opération ; elle ne put
e familiariser avec l'idée d'en éprouver encore de sem-
lables. Nous n'avions pas à cette époque l'importante res-
ource des anesthésiques. Mes exhortations de tous genres
e furent point entendues ; les prières, les instances de
outes les personnes qui avaient pitié de cette jeune dame, et
ui comprenaient le déplaisir qu'elle préparait à son mari,
urent également inutiles. La perspective du bien-être qui
ui était promis par une opération dont j'osais presque ga-
antir le succès ne fut plus rien pour elle. Ce que j'avais
ru d'abord n'être de sa part qu'un simple caprice, fut,
u contraire, un parti définitif. Elle a quitté Paris dans
'état où elle se trouvait quand elle y avait été amenée.

Après l'époque à laquelle se rapporte le cas de cette
eune dame de la Nouvelle-Orléans, quelques années se

bientôt à l'état où elle se trouvait lorsque j'avais entrepris de la guérir de son infirmité. Cette femme n'était déjà plus très jeune : elle était, d'ailleurs, sinon épuisée, du moins très affaiblie par des privations de tous genres et aussi par ses souffrances habituelles. C'est de là, sans doute, qu'est provenu l'insuccès de la suture.

En 1841, donc, une nouvelle occasion se présenta pour moi de pratiquer la périnéoraphie dans un cas de division déjà ancienne de tout le périnée et d'une partie de la cloison recto-vaginale, division consécutive à un accouchement laborieux. C'était ma quatorzième périnéoraphie; mais c'était la douzième femme seulement que j'opérais, puisque deux fois il m'était arrivé de ne réussir qu'à la seconde tentative. Le cas présent est celui que j'ai annoncé plus haut, en disant qu'une troisième femme de médecin avait eu à profiter, par mes mains, des bienfaits de la suture du périnée. Le mari de celle-ci, M. B. L..., pratique la médecine dans le département de la Dordogne. Quand il amena sa femme à Paris, dans les premiers jours du mois de mars 1841, elle avait vingt-sept ans. Une déchirure complète du périnée avait eu lieu chez elle, cinq ans auparavant, dans une première parturition qui s'était accomplie lentement et avec peine, mais sans qu'on dût avoir recours à l'application du forceps. Trois autres accouchements avaient eu lieu depuis celui-là. Madame B.-L. était remarquable par sa petite taille et par un embonpoint considérable, surtout eu égard à son âge : c'était une de ces femmes courtes et grosses, dont les membres inférieurs semblent à peine pouvoir supporter le tronc. Elle éprouvait à un haut degré les incommodités ordinaires dans les

remarqué que les ouvertures qui avaient été traversées par les fils, avaient suppuré moins abondamment, et moins longtemps que cela n'a lieu le plus ordinairement. La cicatrisation s'en est faite dans un temps assez court. J'avais provoqué des selles liquides ou très molles, la veille du jour où je devais retirer les fils de la suture, en faisant prendre à madame B. L... un peu d'huile de ricin. Les fils n'étant plus en place, et quelques jours s'étant écoulés, je n'attendis pas que la malade éprouvât le besoin de rendre des matières fécales qui, peut-être, auraient eu beaucoup de consistance. Pour prévenir les inconvénients, que dis-je? les dangers des selles spontanées, je lui fis prendre encore une fois un minoratif : c'était le quatorzième jour après l'opération, et cinq jours seulement après l'ablation de la suture. Passé ce temps, toute précaution à cet égard eût été superflue, et la malade qui, pour l'alimentation, était revenue à peu près à ses habitudes ordinaires, fut affranchie de tout soin particulier pour l'acte de la défécation. Dès le 10 avril, on put la faire sortir du lit, et la placer sur un fauteuil; le 25 du même mois, elle sortit pour la première fois, et fit à pied plusieurs courses dans Paris, qu'elle quitta le 10 mai. L'anus, le périnée et la vulve étaient parfaitement reconstitués; seulement l'entrée du vagin était un peu étroite; le sphincter de l'anus était réintégré dans son action. Dès lors il n'y avait plus incontinence des matières; les selles étaient naturelles, et le dégagement des gaz intestinaux ne se faisait plus que par un acte de la volonté. Toutefois une petite quantité de ces gaz, mais de ces gaz seulement, et seulement encore de temps à autre, pénétrait dans le

ni moins de difficultés, se composa des mêmes manœuvres exécutées dans le même ordre, avec le même soin et les mêmes précautions. Semblables aussi furent les soins ultérieurs. Même attention à rendre facile l'évacuation de la vessie, et à protéger les parties opérées contre l'action de l'urine, en laissant une sonde de gomme élastique à demeure dans l'urètre; à tenir les cuisses exactement rapprochées l'une de l'autre; à ne permettre à la malade que la plus petite quantité possible d'aliments pour prévenir pendant plusieurs jours au moins tout besoin d'aller à la garderobe; à provoquer une première fois des selles molles ou liquides, la veille du jour où la suture devait être détruite; à faire naître de nouveau la constipation par un régime sévère, ou même par l'administration de quelques opiacés à l'intérieur; puis, après quelques jours, à provoquer de nouveau une ou plusieurs garderobes faciles, pour éviter une dilatation trop forte de l'anus, et toute distension du périnée; enfin à seconder par des soins de propreté et par des pansements journaliers l'œuvre de la nature, pour la guérison des petites plaies provenant du séjour des fils dans l'épaisseur du périnée, et de celle qui persiste plus ou moins longtemps en arrière du périnée, à l'anus même.

Tout s'est passé de la manière la plus simple et la plus heureuse. Après la parfaite consolidation du périnée au dehors, une petite ouverture subsistait encore au bas de la cloison recto-vaginale; et bien rarement, du reste, voit-on disparaître immédiatement, ou se réunir par première intention, la partie de la déchirure qui appartient à cette cloison; presque toujours c'est consécutivement ou se-

jeune femme, parvenue au terme naturel de sa grossesse, est accouchée heureusement sans déchirure, sans éraillement, sans aucune lésion du périnée ; et cependant, bien que le travail n'eût été ni très long ni très pénible, une circonstance aurait pu en rendre les suites fâcheuses, ou du moins aurait pu faire naître des inquiétudes relativement au périnée. En effet, l'enfant se présenta par les pieds ; de la troisième position ceux-ci furent ramenés dans la seconde, et des manœuvres particulières eurent lieu pour faciliter la sortie de la tête.

Après l'important succès dont vous venez, mon cher Lawrence, de lire la relation abrégée, trois années s'écoulèrent sans que j'eusse l'occasion de pratiquer de nouveau la périnéoraphie. Cette occasion ne se présenta à moi qu'au mois de juin 1845, et plût au ciel même qu'il n'en eût pas été ainsi ; car la mort suivit une tentative de restauration du périnée faite dans des circonstances presque aussi favorables que possible, tentative qui s'était annoncée comme devant être des plus heureuses. Déjà remarquable sous ce rapport, ce fait l'est encore par l'origine du désordre qu'il s'agissait de réparer. La malade, qui était une couturière âgée de trente-deux ans, et qui avait nom Jeannette Langot, ne devait pas son infirmité à un accouchement laborieux ou mal dirigé ; c'était une maladie vénérienne qui l'avait fait naître, ou qui du moins en avait été la première cause déterminante. Des chancres syphilitiques s'étaient développés sur la commissure postérieure de la vulve et sur la partie la plus infime de la cloison recto-vaginale. Il y avait eu destruction d'une partie du périnée, puis formation d'une fossette entre le

été si malheureuse, que tout en désirant guérir, son état ne l'affectait que médiocrement; elle le supportait avec patience, et paraissait douée d'une heureuse tranquillité de caractère.

Rien ne s'opposait donc à ce que je cédasse à ses désirs : j'aurais été moi-même le premier à les lui inspirer. Elle était entrée dans mes salles au milieu de juin 1845. Prévoyant que je ferais une absence avant la fin du mois suivant, et tenant à recueillir moi-même toutes les circonstances et jusqu'au résultat définitif de l'opération qu'elle devait subir, je ne tardai que quelques jours à la lui faire. Je la lui pratiquai le mercredi 25 juin. M. le professeur Moreau, qui m'avait déjà vu faire plusieurs sutures du périnée, m'avait exprimé le désir d'assister encore à celle-ci, et en fut témoin en effet. Pour lui, comme pour un certain nombre de personnes qui m'entouraient et qui pouvaient déjà connaître ma manière de procéder en pareille circonstance, l'opération n'a rien eu de remarquable, et surtout n'a rien présenté que j'aie eu à noter spécialement. Ce que j'ai eu à faire, ce que j'ai eu à observer plus tard et jusqu'au douzième jour a été si parfaitement semblable à ce que j'ai rapporté tant de fois, que je crois devoir vous épargner des détails maintenant sans intérêt pour vous. J'arrive tout de suite à ce qui est advenu à partir du douzième jour après l'opération.

Alors tout semblait présager l'événement le plus favorable; les fils de la suture étaient retirés depuis trois jours : j'avais été forcé de retarder d'un jour, parce que la malade s'y était refusée une première fois, l'administration du minoratif au moyen duquel je voulais obtenir l'expul-

la paupière droite par destruction des téguments, pratiqué une blépharoplastie qui avait été des plus heureuses : déjà le lambeau autoplastique que j'avais emprunté à la région temporale était réuni, la paupière était restaurée, et je n'avais plus qu'à aider la nature dans le travail de cicatrisation de la plaie de la région temporale, lorsque survint un érysipèle de la face, qui fut bientôt accompagné d'accidents cérébraux, et qui causa la mort du sujet.

C'est par la mort aussi, comme je l'ai déjà dit, que s'est terminé l'érysipèle général dont a été atteinte la femme opérée pour la déchirure du périnée. Ces deux malades, qui ont éprouvé le même sort, avaient subi deux opérations à peu près du même genre pour le seul avantage d'être délivrées d'une simple infirmité, lesquelles opérations avaient été pratiquées à quelques jours seulement d'intervalle l'une de l'autre. Les deux malades ont eu cela de commun que, malgré l'invasion de l'érysipèle, malgré le caractère grave des symptômes dont cette affection nouvelle a été bientôt accompagnée, il n'y a point eu destruction du travail adhésif dans les parties qui avaient été soumises à l'opération. Ce travail de consolidation des plaies dans les parties molles, comme celui des fractures dans les os, disparaît en partie ou complétement dans le cours et sous l'influence des maladies graves qui se déclarent avant qu'il soit arrivé tout à fait à son terme : et de là vient en grande partie la difficulté qu'on éprouve à surprendre et à bien observer, chez l'homme particulièrement, l'œuvre de la nature dans les phénomènes dont il s'agit. Quoi qu'il en soit à cet égard, je ne fus pas très surpris de la conservation des

Dieu, le 19 juin 1846, sur la femme Manginot. C'était une femme un peu forte, âgée de quarante ans. Le résultat fut une guérison aussi complète que possible.

Le 24 mai 1848, je fis encore la périnéoraphie sur une fille nommée Levêque, âgée de vingt-huit ans, qui m'avait été adressée par un médecin de Bourges. Il ne survint aucun accident, mais la réunion manqua. La malade quitta l'hôpital le 18 juin, en annonçant qu'elle avait l'intention de revenir, mais elle n'a pas tenu sa promesse, et j'ignore ce qu'elle est devenue.

Enfin, pour clore cette longue liste, je vous mentionnerai un dernier succès que j'ai obtenu sur Ismérie Ducroquet, âgée de trente-huit ans, ancienne femme de chambre de ma fille. J'opérai cette malade à l'Hôtel-Dieu, le 23 mars 1849. La guérison fut parfaite. C'était la quinzième opération que je pratiquais depuis ma lecture à l'Institut, et la vingtième depuis le commencement.

Aucune autre occasion ne s'est présentée à moi depuis cette époque. Du reste, vous avez pu, sans doute, remarquer comme moi que les opérations de périnéoraphie que j'ai pratiquées, très nombreuses pendant les premières années, sont devenues ensuite de plus en plus rares. Loin de me plaindre de cette circonstance, je me sens, au contraire, disposé à m'en féliciter. N'y trouvez-vous pas, en effet, la preuve que cette opération, pratiquée d'abord presque exclusivement par moi, s'est peu à peu répandue parmi les chirurgiens, au même titre que les opérations classiques? Il m'est donc permis de penser que mes efforts ont été ainsi utiles, non seulement aux femmes que j'ai opérées moi-même, mais encore à celles qui ont dû à

première fois sans succès. Sur l'un des dix-huit sujets, il ne s'agissait pas de restaurer le périnée proprement dit, ou de refaire le pont charnu qui sépare chez la femme la vulve de l'anus : ce pont n'avait pas été détruit, tout au plus avait-il perdu une partie de ses dimensions naturelles; mais la vulve avait éprouvé une ampliation considérable par le fait d'un prolapsus permanent de l'utérus, avec renversement du vagin : c'était pour agrandir artificiellement le périnée et resserrer l'entrée du vagin que l'opération avait été entreprise; j'avais voulu créer une sorte de pessaire naturel, ou du moins faire naître dans les parties affectées un changement qui rendît inutiles les pessaires proprement dits, dont il n'avait pas été possible que la malade fît usage. Mon entreprise n'a pas réussi; mais je n'ai eu à déplorer aucun accident fâcheux, et la malade est restée dans l'état où elle était auparavant.

Sur deux des dix-sept autres femmes, la division du périnée ne provenait pas d'une rupture, d'une déchirure de cette partie dans les efforts d'un accouchement; elle avait été le résultat d'une cause accidentelle toute différente, et dans les deux cas la main du chirurgien avait concouru à la produire. Des abcès, des ulcérations, des ouvertures fistuleuses, s'étaient d'abord spontanément établis, et c'est dans le traitement de ces affections qu'il y avait eu destruction du périnée avec division d'une partie de la cloison recto-vaginale. Cette destruction ou division du périnée était complète : on ne trouvait, sur la ligne médiane, aucune trace de cette partie; la vulve et l'anus étaient confondus comme dans les cas où le périnée a été rompu

simple et la moins grave. Toutes les autres ont survécu, et même je puis dire qu'aucune d'elles n'a couru le moindre danger.

Parmi les quatorze femmes de cette dernière catégorie, il en est dix qui ont été guéries dès la première opération. La périnéoraphie a échoué une première fois sur les quatre autres. Deux d'entre elles ont consenti à se soumettre à une deuxième opération, et ont reçu le prix de leur courage qui n'avait pas été ébranlé par un premier insuccès. Quant aux deux autres, elles ont manqué de résignation ou de confiance, et elles sont restées volontairement dans l'état où elles étaient avant de s'adresser à moi. Il est permis de croire que si elles avaient consenti à se laisser opérer une seconde fois, elles auraient guéri heureusement, comme les précédentes, de leur fâcheuse infirmité.

Ces derniers faits établissent donc que si elle n'est pas l'occasion d'accidents mortels, et ces accidents, je les ai vus survenir trois fois seulement sur vingt opérations, la suture du périnée doit réussir, et réussit, en effet, presque constamment. Cependant, alors même qu'on peut dire qu'elle a réussi, et qu'en effet le périnée est reconstitué, il n'y a pas toujours rétablissement complet de la cloison recto-vaginale. Il est rare que cette cloison soit consolidée de prime-abord. Dans le plus grand nombre des cas, une ouverture s'établit à la partie inférieure et laisse passer en quantité plus ou moins considérable, du rectum dans le vagin, des gaz, des mucosités intestinales et des matières fécales. Tantôt cette communication entre le rectum et le vagin diminue par degrés et finit par cesser

APPENDICE

AUX LETTRES X ET XI.

Pour faciliter l'étude et la comparaison des observations de périnéoraphie contenues dans les deux lettres précédentes, la Commission a cru bien faire de les réunir dans le résumé suivant :

I. *Périnéoraphie pratiquée pour des divisions périnéales consécutives à l'accouchement.*

1° Page 391. — La dame de Valognes, 22 ans, primipare, accouchée au forceps. Déchirure datant de deux ans.

Première opération, par la suture entortillée. *Insuccès*

Deuxième opération, par la suture enchevillée. *Succès.* — Il reste une petite fistule recto-vaginale.

(Cette dame a eu depuis deux accouchements heureux. Le périnée a bien résisté, mais l'ouverture recto-vaginale s'est agrandie.)

2° Page 410. — Joséphine Erard, 21 ans, primipare, accouchement simple. Déchirure datant de deux ans. *Succès.* — Une très petite fistule recto-vaginale persistait encore quand la malade quitta l'hôpital.

3° Page 417. — Femme Claye, 29 ans, déchirure du périnée survenue dans le cinquième accouchement. Les quatre

Opération trois mois après. *Succès.* — Persistance d'une petite fistule recto-vaginale.

Page 445. — Une dame de la Nouvelle-Orléans, 22 ans, primipare. Opération, réunion. Cicatrisation complète. La cicatrice se déchire brusquement le dix-septième jour en allant à la garderobe. *Insuccès.* — La malade refuse de se laisser opérer de nouveau.

9° Page 451. — Madame B. L..., du département de la Dordogne, 27 ans, primipare, accouchement laborieux sans application de forceps.

Opération cinq ans après la rupture du périnée. *Succès.* — Persistance d'une très petite fistule recto-vaginale, ne laissant passer que les gaz, seulement de temps en temps et toujours en petite quantité.

1° Page 454. — Eugénie Lemaître, 22 ans, primipare, accouchée au forceps. Opération un an plus tard. *Succès complet.*

(Nouvelle grossesse moins d'un an après. Accouchement laborieux, sans aucune rupture nouvelle.)

2° Page 462. — Femme Manginot, 40 ans, primipare. Opération. *Succès complet.*

3° Page 462. — Fille Levêque, 28 ans, primipare. Opération. *Insuccès.* La réunion manque, mais il ne survient aucun accident.

4° Page 463. — Ismérie Ducroquet, 38 ans, primipare. Opération. *Succès complet.*

5° Page 464. — Clarisse Veyron, 18 ans, rupture incomplète du périnée survenue dans un premier accouchement.

Opération. *La réunion ne s'effectue pas ; mort* le dixième jour. (C'est le seul cas de rupture incomplète du périnée que M. Roux ait observé.)

TABLE DES MATIÈRES

DU TOME PREMIER.

AVERTISSEMENT DE L'ÉDITEUR. I
PRÉFACE. III

Chirurgie réparatrice.

LETTRE I. — *Généralités* 1
Champ de la chirurgie réparatrice. 7
Utilité des sutures. 17
Différentes espèces d'autoplasties 24

LETTRE II. — *Généralités* (suite). 41
Préceptes généraux de l'autoplastie. 41
Remarques historiques sur l'autoplastie. 51

LETTRE III. — *Autoplasties faciales* 60
Déformations et restauration du pavillon de l'oreille. 62
Déformations et restauration des paupières (blépharoraphie et blépharoplastie) 64
Déformation et restauration du nez (rhinoplastie). 88

LETTRE IV. — *Génoplastie et chéiloplastie*. 101
Déformation accidentelle et restauration des lèvres (chéiloplastie). 105

LETTRE V. — *Bec-de-lièvre*. Division congénitale des lèvres. . 139
Dix observations de bec-de-lièvre simple ou compliqué . . . 143
Remarques sur les observations précédentes. 164
Étiologie du bec-de-lièvre. 167
A quel âge faut-il opérer le bec-de-lièvre ?. 170

LETTRE VI. — *Bec-de-lièvre* (suite). 188
De l'opération du bec-de-lièvre simple. 189
De l'opération du bec-de-lièvre compliqué. 205

ERRATA.

Page 32, ligne dernière, *avec les*, lisez : *revêt les*.

Page 51, ligne 12, *Riberi, de Turin*, lisez : *Jones*.

Page 77, ligne 9, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 78, ligne 17, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 79, ligne 13, *Riberi*, lisez : *Jones*.

Page 243, ligne 3, *ornée*, lisez : *armée*.

ANCIENNE MAISON CROCHARD.

1804

PUBLICATIONS

DE LA LIBRAIRIE

VICTOR MASSON

SUR

LA MÉDECINE ET LES SCIENCES.

PARIS

17, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE.

1er Mai 1854.

CATALOGUE

DES LIVRES DE FONDS

DE VICTOR MASSON.

I.

SCIENCES PHYSIQUES.

A. MÉDECINE ET CHIRURGIE.

ALIBERT (C.). **DES EAUX MINÉRALES** DANS LEURS RAPPORTS AVEC L'ÉCONOMIE publique, la médecine et la législation. Paris, 1852, in-8. 2 fr. 50

ALIBERT (C.). **TRAITÉ DES EAUX D'AX** (ARIÈGE). Paris, 1853. 1 beau vol. in-8, avec 5 planches..... 4 fr. 50

ANDRAL. **CLINIQUE MÉDICALE,** ou choix d'observations recueillies à l'hôpital de la Charité; 4e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1840, 5 volumes in-8..... 40 fr.

ANDRAL. **ESSAI D'HÉMATOLOGIE PATHOLOGIQUE.** Paris, 1843, in-8..... 4 fr.

ANDRAL ET GAVARRET. **RECHERCHES SUR LE SANG;** modifications de proportion de quelques principes du sang (fibrine, globules, matériaux solides du sérum et eau) dans les maladies. Paris, 1841, 2e tirage, 1849, in-8..... 3 fr. 50

ANDRAL ET GAVARRET. **RÉPONSE AUX PRINCIPALES OBJECTIONS** dirigées contre les procédés suivis dans les analyses du sang et contre l'exactitude de leurs résultats. Paris, 1842, brochure in-8..... 2 fr. 50

ANDRAL ET GAVARRET. **RECHERCHES SUR LA QUANTITÉ D'ACIDE** CARBONIQUE exhalé par les poumons dans l'espèce humaine. 1843. 1 fr. 25

ANNALES D'OCULISTIQUE.
Voyez page 50.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses et à la mé-

[IIIe partie; comprenant : DICTIONNAIRE DES EAUX MINÉRALES. Premier fascicule, A à MAL. 1 vol. in-8..... 4 fr. 50

CHOMEL (A. F.). **ÉLÉMENTS DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE.** La troisième édition est épuisée. Une quatrième édition, revue et augmentée, sera mise prochainement sous presse.

CUSCO (G.). **DE L'ANTÉFLEXION ET DE LA RÉTROFLEXION DE L'UTÉRUS.** Thèse de concours pour l'agrégation.—Paris, 1858, 1 v. in-4. 3 fr.

DELABARRE. **DES ACCIDENTS DE LA DENTITION** chez les enfants en bas âge, et moyens de les combattre. Paris, 1851, 1 vol. in-8, avec figures dans le texte..... 3 fr.

DELASIAUVE. **TRAITÉ DE L'ÉPILEPSIE.** — HISTOIRE. — TRAITEMENT. — MÉDECINE LÉGALE. — Paris, 1854, 1 vol. in-8..... 7 fr. 50

DESCHAMPS (M. H.). **DU SIGNE CERTAIN DE LA MORT.** Nouvelle épreuve pour éviter d'être enterré vivant. Paris, 1851, 1 vol. in-8. 4 f. 50

DEVAL (CHARLES). **TRAITÉ DE CHIRURGIE OCULAIRE.** Paris, 1844, 1 fort volume in-8, avec 6 planches in-4..... 8 fr.

DEVAL (CHARLES). **TRAITÉ DE L'AMAUROSE OU DE LA GOUTTE SEREINE.** Paris, 1851, 1 vol. in-8..... 6 fr. 50

DEVERGIE (A.). **TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU.** Paris, 1854, 1 beau vol. in-8, avec planches gravées et coloriées représentant 24 types de maladies..... 12 fr.

DIDAY (P.). **DE LA SYPHILIS** DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE. Paris, 1854, 1 vol. in-8..... 7 fr.

DIEU (S.). **TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE ET DE THÉRAPEUTIQUE,** précédé de considérations générales sur la zoologie, et suivi de l'Histoire des eaux naturelles. Paris, 1847-1854, 5 vol. in-8..... 32 fr. 50

EDWARDS ET VAVASSEUR. **NOUVEAU FORMULAIRE PRATIQUE** DES HOPITAUX, 4e édit., entièrement refondue, et augmentée d'une Notice statistique sur les hôpitaux de Paris; par MIALHE, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1842, 1 vol. in-32..... 1 fr. 50
— *Le même*, relié..... 2 fr.

FAUCONNEAU-DUFRESNE. **TRAITEMENT DE L'AFFECTION CALCULEUSE** DU FOIE ET DU PANCRÉAS. Paris, 1851, 1 vol. grand in-18.. 4 fr. 50

FILHOL (E.). **RECHERCHES SUR LES EAUX MINÉRALES DES PYRÉNÉES,** comprenant l'étude de leur action thérapeutique, de leur constitution chimique, et la comparaison des ressources que les principaux établissements des Pyrénées offrent aux médecins. Paris, 1858, 1 vol. grand in-18..... 5 fr.

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.
Voyez page 32.

VIDAL (DE CASSIS). **TRAITÉ DES MALADIES VÉNÉRIENNES.** Paris, 1853, 1 vol. in-8, avec planches gravées en taille-douce et color... 10 fr.

YVONNEAU. **DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME** ET DE SES DIFFÉRENTES APPLICATIONS. Paris, 1853, in-8..... 2 fr. 50

B. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES.

Voir a l'article JOURNAUX, p. 29.

BAUDRIMONT ET G. S. MARTIN SAINT-ANGE. **DU DÉVELOPPEMENT** DU FOETUS; mémoire présenté à l'Académie des sciences. Paris, 1850. Beau volume in-4, avec 18 planches gravées en taille-douce et magnifiquement coloriées. Prix, cartonné..... 35 fr.
— *Le même*, demi-reliure maroquin .. .. 40 fr.

BICHAT. **RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA VIE ET LA MORT,** deuxième édition, ornée d'une vignette sur acier, précédée d'une Notice sur la vie et sur les travaux de Bichat, et suivie de notes par M. le docteur CERISE. Paris, 1852, 1 vol. grand in-18 .... 3 fr. 50

BLONDLOT. **TRAITÉ ANALYTIQUE DE LA DIGESTION,** considérée particulièrement dans l'homme et dans les animaux vertébrés. Paris, 1843, in-8.... .... 7 fr. 50

BONAMY, BROCA ET BEAU. ATLAS D'ANATOMIE DESCRIPTIVE DU CORPS HUMAIN; ouvrage pouvant servir d'atlas à tous les traités d'anatomie.

L'Atlas d'Anatomie descriptive du corps humain comprendra 250 planches format grand in-8 jésus, toutes dessinees d'après nature et lithographiées. Il est publié par livraisons de 4 planches, avec un texte explicatif et raisonne en regard de chaque planche.

Prix de chaque livraison : Avec planches noires..... 2 fr.
— Avec planches coloriées..... 4 fr.

L'Atlas sera divisé en 4 parties qui se vendront séparément et sans augmentation de prix, savoir :

1° APPAREIL DE LA LOCOMOTION. Complet en 84 planches dont 2 sont doubles.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires.....	44 fr.	47 fr.
— coloriées.....	88	92

2° APPAREIL DE LA CIRCULATION. Complet en 64 planches.

	Prix broché.	Avec demi-reliure.
Figures noires.....	32 fr.	35 fr.
— coloriées.....	64	68

3° APPAREILS DE LA DIGESTION, DE LA RESPIRATION, GÉNITO-URINAIRE. En cours de publication, pour être terminé en 1854.

4° APPAREILS DE SENSATION ET D'INNERVATION.

CLOQUET (H.). **ATLAS D'ANATOMIE,** comprenant 241 planches, gravées en taille-douce, 5 vol. in-4.

par CH. GERHARDT, et revue par M. J. LIEBIG. Paris, octobre 1842, 1 vol. in-8..... 7 fr. 50

LONGET. **ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX** de l'homme et des animaux vertébrés, ouvrage contenant des observations pathologiques relatives au système nerveux, et des expériences sur les animaux des classes supérieures. *Ouvrage couronné par l'Institut de France.* Paris, 1842, 2 forts vol. in-8, avec pl. lithographiées par E. BRAU.

La première édition est épuisée. Une nouvelle édition sera mise sous presse aussitôt que la publication du *Traité de Physiologie* du même auteur sera terminée.

LONGET. **TRAITÉ DE PHYSIOLOGIE.** Paris, 1850-1854. 2 forts volumes grand in-8 compactes, avec figures dans le texte et planches en taille-douce noires et coloriées..... 20 fr.

MATTEUCCI. **LEÇONS SUR LES PHÉNOMÈNES PHYSIQUES DES CORPS VIVANTS.** Paris, 1847, 1 vol. gr. in-18, avec 18 fig..... 3 fr. 50

ROUSSEL. **SYSTÈME PHYSIQUE ET MORAL DE LA FEMME,** nouvelle édition, contenant une notice biographique sur ROUSSEL et des notes, par le docteur CERISE. Paris, 1848, 1 vol. grand in-18..... 3 fr. 50

SAPPEY. **TRAITÉ D'ANATOMIE DESCRIPTIVE.** Paris, 1850-1853. 2 vol. grand in-18, divisés chacun en deux parties, avec figures dans le texte..... 20 fr.

C. HISTOIRE NATURELLE GÉNÉRALE.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES.

Voir à l'article JOURNAUX, p. 29.

CAHIERS D'HISTOIRE NATURELLE, par MM. MILNE EDWARDS et ACHILLE COMTE Ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique, nouvelle édition mise en concordance avec le programme du 22 avril 1852, pour l'enseignement des sciences dans les lycées. 3 vol. in-12.

ZOOLOGIE, avec 17 pl..... 2 fr.
BOTANIQUE, avec 9 pl..... 2 fr.
GÉOLOGIE, avec 8 cartes gravées sur acier..... 2 fr.
Le même, avec les 8 cartes coloriées..... 4 fr.

COURS ÉLÉMENTAIRE D'HISTOIRE NATURELLE, adopté par le Conseil supérieur de l'instruction publique et approuvé par Mgr. l'Archevêque de Paris. 3 vol. gr. in-18.

ZOOLOGIE, par M. MILNE EDWARDS. 6e édit., 1852, avec 465 fig 6 fr.
BOTANIQUE, par M. A. DE JUSSIEU, 5e édit., 1852, avec 812 fig. 6 fr.

BLANCHARD (EMILE). **ORGANISATION DU RÈGNE ANIMAL** publiée par livraisons grand in-4, contenant chacune deux planches magnifiquement gravées et une feuille et demie de texte. Prix de chaque livraison..... 6 fr.

Neuf livraisons sont en vente.

COMTE (ACHILLE). **STRUCTURE ET PHYSIOLOGIE ANIMALES**, démontrées à l'aide de figures coloriées, découpées et superposées. Ouvrage rédigé conformément au nouveau programme de l'enseignement scientifique dans les Lycées. Paris, 1853, 1 vol. grand in-18, avec 8 planches gravées en taille-douce et figures dans le texte..... 6 fr.

COMTE (A.). **LE RÈGNE ANIMAL**, disposé en tableaux méthodiques; ouvrage adopté par le Conseil de l'instruction publique.

Chacun des soixante-dix-huit ordres du règne animal se trouve représenté et décrit dans un ou plusieurs tableaux. La collection comprend quatre-vingt-onze tableaux, sur grand colombier, représentant environ *cinq mille figures* d'animaux..... 114 fr.

Demi-reliure en 2 tomes, avec dos en maroquin..... 25 fr.

Chaque tableau est vendu séparément..... 1 fr. 25

Les diverses classes du règne animal sont résumées en quelques tableaux, et peuvent former des atlas séparés, ainsi qu'il suit :

		Tableaux.
Titre orné d'un beau portrait de Cuvier, et suivi d'un rapport fait à l'Institut..		1
Introduction à l'étude du règne animal		1
1re *division*. — VERTÉBRÉS (33 tableaux)..	Races humaines et Mammifères	8
	Oiseaux	9
	Reptiles et Poissons	16
2e *division*	Mollusques	11
3e *division*. — ARTICULÉS (37 tableaux)...	Crustacés, Annélides et Arachnides	12
	Insectes	25
4e *division*	Rayonnés	8
		91

DELESSERT (B.). **RECUEIL DES COQUILLES** décrites par LAMARCK, dans son Histoire naturelle des Animaux sans vertèbres, et non encore figurées; magnifique vol. gr. in-folio jésus, avec 40 pl. dessinées d'après nature, gravées en taille-douce, imprimées en couleur et retouchées au pinceau..... 180 fr.

— Avec une demi-reliure, dos en toile..... 190 fr.

DESHAYES. **TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE CONCHYLIOLOGIE**, avec l'ap-

Il est accordé de grandes facilités pour le payement du prix. — Chaque partie est vendue séparément comme suit :

INDICATION DE CHAQUE DIVISION.	NOMBRE DE PLANCHES.	PRIX EN COULEUR sauf les sujets d'anatomie	PRIX EN NOIR.
Les MAMMIFÈRES et les RACES HUMAINES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS, LAURILLARD et ROULIN.....	121	155 f.	70 f.
Les OISEAUX, avec Atlas, par A. D'ORBIGNY.....	102	135	60
Les REPTILES, avec Atlas, par DUVERNOY.....	46	65	30
Les POISSONS, avec Atlas, par VALENCIENNES.....	122	160	72
Les MOLLUSQUES, avec Atlas, par DESHAYES.....	152	195	88
Les INSECTES, avec Atlas, par AUDOUIN, BLANCHARD, DOYÈRE et MILNE EDWARDS.....	202	275	124
Les ARACHNIDES, avec Atlas, par DUGÈS et MILNE EDWARDS.....	31	45	20
Les CRUSTACÉS, avec Atlas, par MILNE EDWARDS.....	87	115	52
Les ANNÉLIDES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS et DE QUATREFAGES.....	30	40	18
Les ZOOPHYTES, avec Atlas, par MILNE EDWARDS et BLANCHARD.....	100	125	56
L'OUVRAGE COMPLET	993	1310	590
On peut avoir séparément :			
Les COLÉOPTÈRES, par BLANCHARD..	68	95	40
Les HYMÉNOPTÈRES, par BLANCHARD.	25	38	16
Les LÉPIDOPTÈRES, par BLANCHARD et DOYÈRE.....	31	45	20
Les DIPTÈRES, par BLANCHARD.....	29	44	20
Les INTESTINAUX, par BLANCHARD..	19	30	14
Les RACES HUMAINES, par ROULIN.	21	En noir, sur chine. 20	12

EDWARDS (MILNE). **NOTIONS D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE**, servant d'introduction à la Zoologie, 2e édit. Paris, 1840. 1 vol. in-8, avec 70 figures intercalées dans le texte..... 4 fr.

E. BOTANIQUE.

AGARDH (J.). **ALGÆ MARIS MEDITERRANEI ET ADRIATICI**, observationes in diagnosin specierum et dispositionem generum. Parisiis, 1841, grand in-8..... 3 fr. 50

AGARDH (J.). **SPECIES, GENERA ET ORDINES ALGARUM**, volumen primum, algas fucoïdeas complectens. Lundæ, 1848, 1 vol. in-8... 12 fr. Volumen secundum, algas florideas complectens. Quatuor fasciculi. Lundæ, 1851-1852..... 27 fr.

BRONGNIART (AD.). **HISTOIRE DES VÉGÉTAUX FOSSILES**, ou Recherches botaniques et géologiques sur les végétaux renfermés dans les diverses couches du globe. Paris, 1828-1839; ouvrage publié en 2 vol. grand in-4 et 300 planches, paraissant par livraisons de 6 à 8 feuilles de texte et de 15 pl. Prix de chaque livraison ..... 15 fr.

*** Les livraisons 1 à 12, formant le premier volume, et les trois premières (13e à 15e) du ome deuxième, sont en vente.

COMTE (A.). **INTRODUCTION AU RÈGNE VÉGÉTAL** de A. L. DE JUSSIEU, disposée en tableau méthodique, une feuille gr. colombier. 1 fr. 25

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **FLORE DESCRIPTIVE** et analytique des environs de Paris, ou Description des plantes qui croissent spontanément dans cette région et de celles qui y sont généralement cultivées, accompagnée de tableaux dichotomiques des genres et des espèces. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18 divisé en deux parties, texte compacte, avec une carte des environs de Paris sur un rayon de 90 kilomètres..... 13 fr.

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **ATLAS DE LA FLORE** des environs de Paris, ou Illustrations de la plupart des espèces litigieuses de cette région, accompagnées d'un texte explicatif. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18, cartonné, contenant 42 pl. grav. en taille-douce. Prix..... 9 fr.

COSSON (E.) et GERMAIN (E.). **SYNOPSIS ANALYTIQUE DE LA FLORE DES ENVIRONS DE PARIS**, ou Description abrégée des familles et des genres, accompagnée de tableaux dichotomiques destinés à faire parvenir aisément au nom des espèces. Paris, 1845, 1 vol. grand in-18 d'environ 300 pages, texte compacte. 3 fr. 50

Cet ouvrage, très-portatif, est spécialement destiné aux herborisations.

COSSON (E.). **NOTES SUR QUELQUES PLANTES CRITIQUES**, rares ou nouvelles, et additions à la *Flore* des environs de Paris. Grand in-18, texte compacte. Quatre fascicules sont en vente. Prix..... .. 3 fr.

classement des plantes et la conservation des herbiers; sur l'emploi du dessin et l'usage du microscope appliqués à l'étude des plantes, et sur la rédaction des travaux botaniques; accompagné d'un *Traité élémentaire des propriétés et usages économiques des plantes* qui croissent spontanément en France et de celles qui y sont généralement cultivées, et suivi d'un *Dictionnaire des mots techniques* français et latins employés dans les ouvrages de botanique. — 1 vol. grand in-18 publié en deux parties. Paris, 1851..... 7 fr. 50

LECOQ ET LAMOTTE. **CATALOGUE RAISONNÉ DES PLANTES VASCULAIRES** du plateau central de la France. Paris, 1847, 1 vol. in-8. 5 fr.

LE MAOUT (E.). **LEÇONS ÉLÉMENTAIRES DE BOTANIQUE** fondées sur l'analyse de 50 plantes vulgaires et formant un traité complet d'organographie et de physiologie végétale. Paris, 1844. 1 magnifique vol. in-8, avec l'atlas des 50 plantes vulgaires et plus de 500 fig. dessinées par J. DECAISNE. Prix, avec l'atlas colorié..... 15 fr.
Le même, avec atlas noir..... 10 fr.

LE MAOUT (E.). **ATLAS ÉLÉMENTAIRE DE BOTANIQUE** avec le texte en regard, comprenant l'organographie, l'anatomie et l'iconographie des familles d'Europe, à l'usage des étudiants et des gens du monde. Ouvrage contenant 2,340 fig. dessinées par Steinheil et Decaisne. Paris, 1840, 1 beau vol. in-4. Prix..... 15 fr.

PAYER (J.). **BOTANIQUE CRYPTOGAMIQUE**, ou Histoire des familles naturelles des plantes inférieures. Paris, 1850, 1 vol. grand in-8, avec 1,105 figures représentant les principaux caractères des genres... 15 fr.

PAYER (J.). **ORGANOGÉNIE COMPARÉE DE LA FLEUR**. 2 vol. grand in-8, avec un atlas de 120 planches gravées en taille douce.
L'ouvrage paraîtra en 12 fascicules, contenant chacun 10 planches et 6 feuilles de texte. Prix de la livraison ..... 10 fr.

RAOUL. **CHOIX DE PLANTES DE LA NOUVELLE ZÉLANDE**, recueillies et décrites par E. RAOUL, chirurgien de 1re classe de la marine impériale. Ouvrage publié sous les auspices du département de la marine et des colonies. Paris, 1846, 1 vol. grand in-4 cartonné, avec 30 planches dessinées d'après nature, et gravées en taille-douce..... 15 fr.

SERINGE (N. C.). **FLORE DU PHARMACIEN**, du droguiste et de l'herboriste, ou Description des plantes médicales spontanées ou cultivées en France, disposées en familles. Paris, 1852, 1 vol. grand in-18 de 800 pages, avec figures dans le texte et tableaux..... 8 fr.

ROQUES (JOSEPH). **HISTOIRE DES CHAMPIGNONS** comestibles et vénéneux. 2e édition, revue et considérablement augmentée. Paris, 1841. 1 vol. in-8, avec un atlas grand in-4 de 24 planches, représentant dans

gique et géologique de tous les animaux mollusques et rayonnés fossiles de France, comprenant leur application à la reconnaissance des couches; avec des figures de toutes les espèces, lithographiées d'après nature par J. DELARUE.

On publie simultanément :

TERRAINS CRÉTACÉS (comprendront 220 livraisons). — TERRAINS JURASSIQUES (comprendront 150 livraisons).

La *Paléontologie française* est publiée dans le format in-8. Il paraît, chaque mois, deux livraisons des *Terrains crétacés* et une livraison des *Terrains jurassiques*.

Lorsque les *Terrains crétacés* seront terminés, il paraîtra par mois trois livraisons des *Terrains jurassiques*.

La livraison comprend quatre planches et du texte correspondant.

Prix de la livraison..... 1 fr. 25

Au 15 mars 1854, il a paru 216 livraisons des Terrains crétacés et 90 livraisons des Terrains jurassiques.

DUVAL-JOUVE. **BÉLEMNITES** des terrains crétacés inférieurs des environs de Castellane (Basses-Alpes), considérées géologiquement et zoologiquement, avec la description de ces terrains. Paris, 1841, 1 beau vol. in-4 cartonné, accompagné de 17 planches et de 2 cartes coloriées.... 10 fr.

GAUTIER (A.) **INTRODUCTION PHILOSOPHIQUE A L'ÉTUDE DE LA GÉOLOGIE.** Paris, 1853, 1 vol. in-8..... 5 fr. 50

KLEE (FRÉD.). **LE DÉLUGE**, considérations géologiques et historiques sur les derniers cataclysmes du globe. Paris, 1847, 1 vol. grand in-18. 3 fr. 50

RENOU. **DESCRIPTION GÉOLOGIQUE DE L'ALGÉRIE**, suivie d'une notice minéralogique sur le massif d'Alger, par M. RAVERGIE. Paris, 1847, 1 vol. grand in-4, accompagné de 4 planches et d'une carte géologique coloriée..... 25 fr.

Ce volume fait partie de l'Exploration scientifique de l'Algérie, publiée par ordre du Gouvernement, section des sciences physiques.

G. ÉCONOMIE RURALE.

AUDOUIN (V.). **HISTOIRE DES INSECTES NUISIBLES A LA VIGNE**, et particulièrement de la PYRALE. Ouvrage publié sous les auspices du ministre des travaux publics, de l'agriculture et du commerce, et de MM. les membres des conseils généraux des départements ravagés.

Un volume grand in-4, imprimé avec luxe, accompagné d'un atlas de 28 planches gravées et coloriées d'après nature, représentant l'insecte à toutes les

Paris, 1849. Brochure grand in-8, avec 2 planches in-4° gravées en taille-douce par Wormser..... 1 fr. 50

TABOURIN (F.). **NOUVEAU TRAITÉ DE MATIÈRE MÉDICALE, DE** THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACIE VÉTÉRINAIRES; suivi : 1° d'un formulaire raisonné, magistral et officinal; 2° d'une pharmacie légale, ou analyse des dispositions législatives concernant l'exercice de la pharmacie vétérinaire; 3° d'un tableau du prix approximatif des médicaments à Paris, Lyon et Toulouse. Paris, 1853, 1 vol. grand in-8 compacte, avec 82 figures..... 10 fr.

VILLE (GEORGES). **RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA VÉGÉ**TATION. Paris, 1854, 1 vol. gr. in-4 cartonné, avec figures dans le texte et 2 planches gravées en taille douce par Wormser ..... 25 fr.

H. CHIMIE GÉNÉRALE ET APPLIQUÉE.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE.

Voir à l'article JOURNAUX, page 29.

BALDUS (ÉDOUARD). **CONCOURS DE PHOTOGRAPHIE.** Mémoire déposé au secrétariat de la Société d'encouragement pour l'industrie nationale, contenant les procédés à l'aide desquels les principaux monuments historiques du midi de la France ont été reproduits par ordre du ministre de l'intérieur. Paris, 25 mai 1852. Br. in-8..... 2 fr. 75

BOBIERRE (A.). **LEÇONS ÉLÉMENTAIRES DE CHIMIE** appliquées aux arts, à l'industrie, à l'hygiène et à l'économie domestique, professées à la chaire municipale de Nantes. Paris, 1852. 1 vol. in-18, avec 2 planches..... 5 fr.

FIGUIER (LOUIS). **DE L'IMPORTANCE ET DU ROLE DE LA CHIMIE** dans les sciences médicales. Thèse de concours pour l'agrégation en chimie. Paris, 1853, in-8..... 2 fr. 50

GERHARDT (C.) **AIDE-MÉMOIRE POUR L'ANALYSE CHIMIQUE,** contenant les caractères des acides et des bases, la marche de l'analyse qualitative, les essais au chalumeau, l'analyse des mélanges gazeux, et des principales méthodes de dosage et de séparation; à l'usage des élèves des laboratoires de chimie. Paris, 1852, 1 vol. in-18..... 2 fr. 50

GERHARDT (C.). **TRAITÉ DE CHIMIE ORGANIQUE** (suite à la chimie de Berzelius). L'ouvrage formera 5 vol. in-8. Il paraît par livraison de 17 à 18 feuilles. Paris, 1853, F. Didot frères.

Prix de la livraison..... 3 fr.

les applications de cette science à l'analyse chimique, à l'industrie, à l'agriculture et à l'histoire naturelle. Deuxième édition. Paris, 1854, 5 volumes grand in-8 compactes, avec un atlas de 51 planches gravées en taille-douce par Wormser..... 40 fr

Les tomes I et II sont en vente avec les 31 planches qui s'y rapportent.

Mode de payement :

20 francs en retirant les deux premiers volumes.
10 francs en retirant le tome III.
10 francs en retirant le tome IV.

Le tome V sera délivré gratuitement aux souscripteurs.

PELOUZE ET FREMY. **TRAITÉ COMPLET D'ANALYSE ET DE MANIPULATIONS CHIMIQUES.** 2 forts vol. in-8, avec fig. dans le texte. (*En préparation.*)

PELOUZE ET FREMY. **NOTIONS GÉNÉRALES DE CHIMIE.** Paris, 1853. Un beau volume imprimé avec luxe, accompagné d'un Atlas de 24 planches en couleur, cartonné ..... 22 fr. 50
— Le même ouvrage, édition classique, avec 24 planches en noir. 7 fr. 50

NOTA. — Cet ouvrage répond à toutes les questions du PROGRAMME DES LYCÉES. CLASSE DE SECONDE, Section des Lettres.

PERSOZ. **TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DE L'IMPRESSION DES TISSUS.** Paris, 1846. 4 beaux vol. in-8, avec 165 figures et 429 échantillons d'étoffes, intercalés dans le texte, et accompagnés d'un atlas de 10 planches in-4 gravées en taille-douce, dont 4 sont coloriées. Ouvrage auquel la Société d'encouragement a accordé une médaille de 3,000 fr..... 70 fr.

PLATTNER (C. J.). **TABLEAUX DES CARACTÈRES QUE PRÉSENTENT AU CHALUMEAU** les alcalis, les terres et les oxydes métalliques, soit seuls, soit avec des réactifs, extraits du Traité des essais au chalumeau et traduits de l'allemand par A. SOBRERO, D. M. Paris, 1843. 4 tableaux in-folio, brochés in-4..... 2 fr.

REGNAULT. **PREMIERS ÉLÉMENTS DE CHIMIE,** 2e édit. Paris, 1853, 1 vol. grand in-18, avec 142 figures dans le texte..... 5 fr.

REGNAULT. **COURS ÉLÉMENTAIRE DE CHIMIE.** Paris, 1854, 4e édit. 4 vol. in-18 anglais, avec 2 pl. en taille-douce et fig. dans le texte.. 20 fr.

SOUBEIRAN. **TRAITÉ DE PHARMACIE THÉORIQUE ET PRATIQUE,** 4e édit. Paris, 1853, 2 forts vol. in-8, avec 80 figures imprimées dans le texte..... 16 fr.

Le travail typographique de cette magnifique publication est exécuté par les presses de l'Imprimerie impériale. Les papiers sont choisis parmi les plus beaux échantillons du Marais. Les cartes et les planches sont gravées sur cuivre par les plus habiles artistes; rien, en un mot, n'est négligé pour que l'exécution réponde à l'importance de l'œuvre.

I. **ÉTUDE DES ROUTES SUIVIES PAR LES ARABES** dans la partie méridionale de l'Algérie et de la régence de Tunis, pour servir à l'établissement du réseau géographique de ces contrées; par E. CARETTE, capitaine du génie, membre et secrétaire de la commission. 1 vol. grand in-8, avec 1 carte sur papier de Chine ..... 15 fr.

II. **RECHERCHES SUR LA GÉOGRAPHIE** et le commerce de l'Algérie méridionale; par M. E. CARETTE, accompagnées d'une notice sur la géographie de l'Afrique septentrionale, et d'une carte, par M. RENOU, membre de la commission. 1 vol. in-8, avec 3 cartes sur papier de Chine..... 15 fr.

III. **RECHERCHES SUR L'ORIGINE ET LES MIGRATIONS DES** PRINCIPALES TRIBUS DE L'AFRIQUE SEPTENTRIONALE et particulièrement de l'Algérie; par E. CARETTE, chef de bataillon du génie, etc. Paris, 1853, 1 vol. in-8°..... 12 fr.

IV et V. **RECHERCHES SUR LA KABYLIE** proprement dite, par E. CARETTE, capitaine du génie, membre et secrétaire de la commission scientifique d'Algérie. 2 vol. in-8, avec une carte de la Kabylie, grand aigle.. 24 fr.

VI. **MÉMOIRES HISTORIQUES ET GÉOGRAPHIQUES**, par E. PELLISSIER, membre de la commission, consul de France à Souça. 1 vol. in-8.... 12 fr.

VII. **HISTOIRE DE L'AFRIQUE**, par MOHAMMED-EL-KEIROANI; traduite par MM. PELLISSIER et RÉMUSAT. 1 vol. grand in-8..... 12 fr.

VIII. **VOYAGES DANS LE SUD DE L'ALGÉRIE** et des États barbaresques de l'ouest et de l'est, par AL-ALIACHI-MOULA-AHMED, traduits par M. ADRIEN BERBRUGGER, membre de la commission. 1 vol. in-8..... 12 fr.

IX. **RECHERCHES GÉOGRAPHIQUES SUR LE MAROC**, par M. RENOU, membre de la commission scientifique; suivies du traité avec le Maroc, d'itinéraires et de renseignements sur le pays de Sous, et de renseignements sur les forces de terre et de mer et sur les revenus territoriaux du Maroc. 1 vol. in-8, avec une carte du Maroc sur papier de Chine grand aigle.... 12 fr.

X à XV. **PRÉCIS DE JURISPRUDENCE MUSULMANE**, ou Principes de législation musulmane civile et religieuse, selon le rite mâlékite, par KHALIL-IBN-ISH'AH, traduit de l'arabe par M. PERRON. Paris, 1848-1852, 6 forts volumes grand in-8..... 87 fr,

Chaque volume se vend séparément.

XVI. **DESCRIPTION DE LA RÉGENCE DE TUNIS**, par E. PELLISSIER. membre de la commission. 1 vol. in-8, avec une carte... ..... 12 fr.

IV.

PUBLICATIONS PÉRIODIQUES.

ANNUAIRE DES SOCIÉTÉS SAVANTES DE LA FRANCE ET DE L'ÉTRANGER, publié sous les auspices du ministère de l'instruction publique et des cultes. Première année, 1846. Paris, 1846, 1 vol. grand in-8 compacte..... 10 fr.

CODE MÉDICAL, ou Recueil des lois, décrets et règlements sur l'étude, l'enseignement et l'exercice de la médecine civile et militaire en France, par AMÉDÉE AMETTE, secrétaire de la Faculté de médecine de Paris. Paris, 1853. 1 vol. in-12..... 5 fr.

ANNALES DE CHIMIE, par MM. GUYTON DE MORVEAU, LAVOISIER, MONGE, BERTHOLLET, FOURCROY, etc. Paris, 1789 à 1815 inclusivement, 96 volumes in-8, figures, et 3 vol. de tables..... 500 fr.

— Table générale raisonnée des matières contenues dans les 96 vol. Paris, 3 vol. in-8, pris séparément..... 24 fr.

Les collections complètes de cette première série sont excessivement rares.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 2e série; par MM. GAY-LUSSAC et ARAGO. Paris, 1816 à 1840, 25 années, formant avec les tables 78 vol. in-8, accompagnés d'un grand nombre de planches gravées.... 350 fr.

— Table générale raisonnée des matières comprises dans les tomes 1 à 75 (1816 à 1840). 3 vol. in-8 pris séparément..... 20 fr.

Quelques-unes des années de 1816 à 1840 peuvent se vendre séparément, de 20 à 50 fr.

ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE, 3e série, commencée en 1841, rédigée par MM. GAY-LUSSAC, ARAGO, CHEVREUL, DUMAS, PELOUZE, BOUSSINGAULT et REGNAULT. Il paraît chaque année 12 cahiers qui forment 3 volumes et sont accompagnés de planches en taille-douce et de figures intercalées dans le texte.

PRIX de l'année .	Pour Paris.....	30 fr.
	Pour les départements (*par la poste*).....	34 fr.
	Pour quelques pays de l'étranger.....	38 fr.

— Table générale raisonnée des matières comprises dans les tomes 1 à 30. Paris, 1851, 1 volume in-8..... 5 fr.

Prix de la collection complète, 1789 à 1853 inclusivement, 217 volumes y compris les tables..... 1,245 fr.

ANNALES DES SCIENCES NATURELLES. 1re série, 1824 à 1833 inclusivement, publiées par MM. AUDOUIN, Ad. BRONGNIART et DUMAS. 30 vol. in-8, 600 planches environ..... 240 fr.

ment à recueillir tous les documents relatifs à la science des rapports du physique et du moral, à l'aliénation mentale, et à la médecine légale des aliénés; publiées par MM. les docteurs BAILLARGER, médecin des aliénés à l'hospice de la Salpêtrière, CERISE et LONGET.

1re SÉRIE, de 1843 à 1848, 12 volumes in-8, avec planches..... 90 fr.

Chaque année prise séparément..... 20 fr.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES, journal destiné à recueillir tous les documents relatifs à l'aliénation mentale, aux névroses, et à la médecine légale des aliénés, 2e série, par BAILLARGER, BRIERRE DE BOISMONT et CERISE.

La 2e SÉRIE, commençant en 1849, paraît par cahiers trimestriels qui forment, à la fin de l'année, un vol. in-8 de 700 pages.

Des planches sont ajoutées lorsqu'elles sont nécessaires.

Prix de l'année :	Pour Paris.....	12 fr.
	Pour les départements (*par la poste*).....	14 fr.
	Pour l'étranger (*par la poste*) suivant les tarifs.	

La collection complète, 1843 à 1853 inclusivement, 16 volumes... 150 fr.

L'ATENEO ITALIANO, racolta di documenti e memorie relative al progresso del scienze fisiche dei più distinti scienzaiti italiani e stranieri.

L'*Ateneo italiano* paraît le 15 de chaque mois, à partir d'octobre 1853, en un fascicule de pages in-8 avec figures dans le texte.

Prix de l'abonnement :	Paris et l'Italie.....	25 fr.
	Départements français.....	27 fr.
	Étranger, port en sus suivant les tarifs.	

GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

Ce journal, dont la direction est confiée au docteur DECHAMBRE, paraît le vendredi de chaque semaine, à partir du 7 octobre 1853. — Chaque numéro comprend 32 et quelquefois 48 colonnes in-4.

L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix : Un an, 24 fr. — 6 mois, 13 fr. — 3 mois, 7 fr..

JOURNAL DE PHARMACIE ET DE CHIMIE, par MM. BOULLAY, BUSSY SOUBEIRAN, HENRY, F. BOUDET, CAP, BOUTRON-CHARLARD, FREMY, GUIBOURT, GOBLEY, BUIGNET, BARRESWIL; contenant une Revue médicale, par M. BERNARD (de Villefranche), le bulletin des travaux de la Société de Pharmacie de Paris et de la Société d'émulation, et suivi d'un compte rendu des travaux de chimie, par M. Würtz, 3e série, ayant été commencée en janvier 1842.

Le *Journal de Pharmacie et de Chimie* paraît tous les mois par cahier de feuilles. Il forme chaque année deux volumes in-8; des planches sont jointes au texte toutes les fois qu'elles sont nécessaires.

Prix de l'abonnement :	Pour Paris et les départements.....	15 fr.
	Pour l'étranger, suivant les tarifs.	

La deuxième table du *Journal de Pharmacie* (1831 à 1841). 1 broch. in-8..... 3 fr.